

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Fernand HANOUN

Né le 29 octobre 1908, à Souk-el-Arba (Tunisie)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

DU THROMBUS PÉDICULÉ
DU VAGIN

Président : M. A. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Fernand HANOUN

Né le 29 octobre 1908, à Souk-el-Arba (Tunisie)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

DU THROMBUS PÉDICULÉ
DU VAGIN

Président : M. A. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1940

LE DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
Hygiène et clinique de la première enfance	FIESSINGER.
Clinique des maladies des enfants	LOEPER.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	RATHERY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEREBoullet.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies infectieuses	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique chirurgicale	GOUGEROT.
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN.
Clinique urologique	LEMIERRE.
Clinique d'accouchements	CUNÉO.
Clinique gynécologique	GOSSET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	GRÉGOIRE.
Clinique thérapeutique médicale	LENORMANT.
Clinique oto-rhino-laryngologique	VELTER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique propédeutique	COUVELAIRE.
Clinique de la tuberculose	JEANNIN.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LÉVY-SOLAL.
Clinique de cardiologie	MOQUOT.
Clinique de neuro-chirurgie	OMBRÉDANNE.
Assistance médico-sociale	HARVIER.
Professeurs sans chaire	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin) Hydrologie.
 BONNET..... Bactériologie.
 BOULANGER.. Chimie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.).. Physique.
 DESOILLE.... Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON..... Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD.... Parasitologie.
 GARCIN..... Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.
 GAYET..... Physiologie.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN.... Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON.... Hygiène.
 LACOMME.... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN.... Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER...	
CHEVALLIER ...		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.) ...		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIÉDELIÈVRE ...			
SÉZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection.

A MON FRÈRE GUY

A MES FRÈRE ET SŒURS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
Accoucheur de la Maternité Baudelocque
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Au Maître dont je suis fier d'avoir été
l'élève, et près duquel j'ai tant appris.
D'avoir été privé par la guerre de mes der-
niers mois d'Internat à la Clinique Baude-
locque restera mon regret.*

*Hommage de profonde gratitude et d'in-
défectible attachement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ V. LE LORIER

Accoucheur Professeur en chef honoraire
de la Maternité de Port-Royal
Officier de la Légion d'honneur

Dont la sollicitude ne me fit jamais défaut ; il guida mes premiers pas en obstétrique et m'en donna le goût, en témoignage de ma reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. VIGNES

Accoucheur de la Maternité Adolphe-Pinard (Enfants assistés)
Officier de la Légion d'honneur

Dont j'ai tant apprécié l'amour de la recherche scientifique, en témoignage de ma respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L. PORTES

Accoucheur de l'Hôpital Bichat
Chevalier de la Légion d'honneur

Maître si attachant par ses dons multiples, pour son enseignement obstétrical parfait, sa clarté, son exemple chirurgical, en témoignage d'admiration, de respect et de dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. LACOMME

Accoucheur des Hôpitaux

*Dont les conseils demeurent pour moi
toujours infiniment précieux, en témoignage
de mon très vif et respectueux attache-
ment.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. DESNOYERS

Accoucheur de l'Hôpital Bretonneau

*Maître d'une inépuisable bienveillance,
en témoignage de ma reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. SAUVÉ

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui fut pour moi un maître et un ami,
témoignage de ma reconnaissance et de
ma respectueuse affection.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. DEVRAIGNE

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière
Commandeur de la Légion d'honneur

*Dont j'ai apprécié la faveur qu'il me fit
en me permettant l'accès de son Service.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

1928-1929. MONSIEUR LE PROFESSEUR F. WIDAL (*in memoriam*).

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DELBET

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LEMIERRE

Externat :

1930. MONSIEUR LE DOCTEUR P. LAUNAY

1931. MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GUILLAIN

1932. MONSIEUR LE PROFESSEUR J. TROISIER

1933. MONSIEUR LE PROFESSEUR M. VILLARET

1935. MONSIEUR LE DOCTEUR M. BOUCHET

Internat provisoire :

1934. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ V. LE
LORIER

Internat :

1936-1937. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. VI-
GNES

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVE-
LAIRE

1937-1938. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L.
PORTES

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BERGER

1938-1939. MONSIEUR LE DOCTEUR R. TOUPET

MONSIEUR LE DOCTEUR L. SAUVÉ

1939- MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVE-
LAIRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BINET

Professeur de Physiologie à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Officier de la Légion d'honneur

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS :

J. LEVEUF, Chirurgien de l'Hôpital Bretonneau
R. COUVELAIRE, Chirurgien des Hôpitaux
DIGONNET, SUREAU, Accoucheurs des Hôpitaux.

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

GARCIN, CATTAN, Médecins des Hôpitaux
LEPAGE, MAYER, Accoucheurs des Hôpitaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS A. MOUCHET, MIALLA-
RET, Chirurgiens des Hôpitaux

A MES AMIS

MESSIEURS LES DOCTEURS COEN, LANDRIEU

A MES AMIS FRANCESCHINI, ORLHAC, VINCENT

A MES CAMARADES DE GUÉRRE

*J'ai voué une reconnaissance et une
amitié profondes à mes Conférenciers d'In-
ternat.*

ROGER COUVELAIRE
ALAIN MOUCHET
STANISLAS DE SÈZE

DU THROMBUS PÉDICULÉ DU VAGIN

Définition.

On désigne par le terme général de thrombus pédiculé du vagin un hématome superficiel, constituant une tumeur de volume variable mais toujours modéré, relié par l'intermédiaire d'un pédicule plus ou moins long à la colonne postérieure du vagin, et apparaissant après la première moitié de la gestation, surtout dans les deux derniers mois.

Par définition, nous exclurons de cette étude les hématomes traumatiques : nous voulons dire ceux qui succèdent à un traumatisme patent.

On désigne en général par le terme de thrombus une tumeur constituée par un épanchement de sang dans le tissu conjonctif à la suite de l'ouverture d'un ou plusieurs vaisseaux sanguins.

La dénomination de thrombus pédiculé du vagin a été critiquée jadis par Pinard, par Doléris, etc..., qui reprochaient au terme de thrombus de rappeler « quelque chose de précis dont l'origine traumatique paraît constante ».

Faute d'une autre dénomination, celle de thrombus

est restée classique (et l'emporte même sur le terme d'hématome pédiculé que quelques auteurs ont adoptée). On dit également thrombus pédiculé superficiel pour en indiquer le siège et l'opposer aux thrombus profonds ; et mieux encore « thrombus pédiculé et superficiel du vagin au cours de la gestation », parce qu'il a été constaté avant tout début de travail dans l'immense majorité des cas (sauf une fois au cours du travail et une autre fois post-partum : mais dans ce dernier cas l'accouchement n'avait pas été surveillé par un obstétricien, et il semble possible, sinon probable, qu'il ait passé inaperçu jusqu'à l'examen qualifié).

Historique.

On peut dire que les premiers cas de thrombus pédiculés avérés semblent avoir été publiés en 1876, par FEHLING et en 1877, par JOHANNOWSKY.

Ces auteurs sont les premiers (1) en effet, à avoir décrit avec précision l'affection en question et l'ont nettement différenciée des autres tumeurs, hématomes et thrombus différents. JOHANNOWSKY en particulier qui d'emblée parut en envisager la pathogénie.

1. Certes, on a pu citer les noms d'Hippocrate, de Rueff (Zurich, 1554), de J. H. Kronauer (Bâle, 1734), de Causabon (1794), Boer, Siedenhaar, Legouais, Hervez de Chégouin, de Chausier (1824), de Blot (1853), de Populus (1857), Vauclin (1858).

En réalité, rien ne permet d'affirmer que sous une appellation analogue, ils désignaient la même chose.

Description clinique.

Conditions d'apparition.

Les sujets. Age. — Il s'agit presque toujours de femmes très jeunes. Sur les 24 cas réunis, 7 fois seulement l'âge de 24 ans était dépassé (l'âge n'est indiqué que dans 21 observations).

Parité. — La plupart du temps, le thrombus pédiculé se rencontre chez les femmes enceintes pour la première fois : 14 cas ; contre 4 fois au cours de la deuxième gestation, deux au cours de la troisième gestation, et une au cours de la quatrième.

Il s'agit donc avant tout de femmes *jeunes et enceintes pour la première fois*. Nous verrons que certains auteurs font jouer un rôle à ces circonstances dans la pathogénie de cette affection.

Conditions de temps. — Le thrombus apparaît au cours de la gestation toujours dans sa deuxième moitié ; le plus souvent dans les deux derniers mois. On a eu l'occasion d'en faire le diagnostic une fois au cours du travail, 2 fois au cours du 9^e mois, 10 fois au 8^e mois, 4 fois au 7^e mois, 3 fois au 6^e mois, 2 fois à 5 mois ; enfin, une fois seulement post-partum : mais

on ne peut pas affirmer qu'il n'existait pas auparavant, et on peut se demander si ce petit thrombus n'a pas passé inaperçu à l'examen fait pendant le travail et s'il n'existait pas déjà (cas de M. Brindeau).

Circonstances cliniques. — Dans les cas où une cause déterminante *apparente* a été invoquée par les femmes, on a noté les efforts violents (quatre fois) ou une fatigue marquée, un coït... impétueux (deux fois). Mais, en fait, le plus souvent, aucune cause n'a paru nettement incriminable.

Quant aux symptômes qui attirent l'attention, ce ne sont pas toujours les mêmes : le plus constamment retrouvé est *l'hémorragie* (13 fois), d'abondance généralement minime, souvent simple sensation de la femme, qui peut constater alors un suintement léger ; par contre, on a cité des cas où la perte de sang a été plus importante (Johannowsky, Schachmann) ; et où elle a pu être évaluée à un quart de litre environ (Grosser). Cette perte est généralement sans odeur spéciale : on en a signalé une seule fois la fétidité (Fehling).

Dans d'autres cas (7 fois), inopinément, la femme *perçoit une tumeur* ; soit comme un corps étranger intravaginal, soit que le thrombus fasse issue de la vulve à l'occasion d'un effort quelconque, de la défécation par exemple.

Parfois la femme ressent *une douleur* (6 fois), peu violente en général, dans certains cas assez vive.

éprouvée soit sans cause apparente, soit à l'occasion d'un effort ou du coït.

Dans trois cas on a signalé la coexistence de sensations de *ténésme vésical et rectal* (cas de Grosser, de Schachmann et de Schulze).

Enfin, hémorragie, douleur et perception de la tumeur peuvent se voir simultanément chez une même femme.

Tels sont les symptômes qui, inquiétant les femmes au cours d'une grossesse normale, les amènent à consulter, et c'est alors qu'on porte le diagnostic de thrombus pédiculé du vagin.

Mais dans certains cas, la constitution du thrombus peut être absolument latente, et celui-ci ne constituer qu'une découverte à l'occasion d'un examen (au cours du travail : Mme Darcanne-Mouroux) ou d'une toilette (*suites de couches* : M. Brindeau).

Description-Evolution.

Le thrombus pédiculé est une tumeur reliée par un pédicule à la colonne postérieure du vagin. Nous décrirons les divers aspects de la tumeur et de son pédicule, l'insertion très spéciale de celui-ci, les modifications anatomiques qu'on a trouvé associées au thrombus.

Description de la Tumeur.

Volume. — Elle est de volume variable ; tantôt évaluée en centimètres : 10 cm. de diamètre dans un cas (Reich), large de 2 cm. dans un autre (Budin), 5 cm. $1/2$ sur 3 $1/2$ (Auvard) ; tantôt comparée à un gros pouce (Gilles), à une petite pomme (Fehling) à une mandarine (obs. personnelle), à un œuf de poule (Funck-Brentano, Johannowsky, Anderson, Fleishmann, Budin, Schachmann), à une noix (Auvard, Tarnier, Darcanne-Mouroux) ; à un testicule (Grosser), à une cerise (Brindeau), à une morille (Pinard).

Forme et aspect. — Sa forme est généralement arrondie, souvent un peu aplatie transversalement, surtout quand elle a fait issue hors de la vulve, et qu'elle subit ainsi des pressions latérales ; elle peut être bos-

selée, cylindrique (Gilles), piriforme (Queirel), ou réniforme (Grosser).

Couleur. — Sa couleur varie : c'est tantôt celle d'une muqueuse vaginale rosée normale ; ou légèrement congestive ; tantôt, après un certain temps, elle a un aspect ecchymotique : couleur rouge foncé, ou lie de vin, violacée, bleu-noir ou noirâtre ; on l'a comparée à la couleur d'une anse intestinale étranglée (Tarnier, Funck-Brentano), ou à la couleur du raisin noir (Funck-Brentano). La coloration de la muqueuse est surtout altérée au niveau de la région convexe et culminante médiane de la tumeur, mais tend à prendre un aspect de plus en plus normal à mesure qu'on se rapproche du pédicule. La coloration peut être à peu près uniforme ; ou bien il existe des zones plus foncées.

La *surface* peut être tendue, lisse, brillante, avec quelquefois de fines veinosités, ou au contraire terne, et porter des placards sphacéliques et des fausses membranes ; ou bien elle présente une ulcération de la muqueuse par laquelle des caillots peuvent faire issue, ou du sang noir liquide, ou encore la surface est chagrinée (Grosser).

Sa *consistance* varie suivant les cas et le moment de son évolution où on l'observe : d'abord molle et fluctuante, elle devient quand le caillot est formé, d'une rénitence pseudo-kystique (Gilles), ou rappelant celle d'un rein (Funck-Brentano), ou d'un testicule (Brindeau) ; ou, plus tard encore, dure et comme fibreuse.

Dans les cas où elle évolue vers l'ouverture spontanée, la tumeur s'affaisse et sa consistance diminue, car elle n'est plus constituée que par le pédicule et deux minces lambeaux de muqueuse.

Le plus souvent, elle est insensible à la pression légère, mais quelquefois l'examen, même très doux, réveille quelque sensibilité.

Il est toujours facile d'examiner le thrombus, non seulement grâce à son pédicule qui lui confère une certaine mobilité (et permet même de l'extérioriser par la vulve, dans les cas où son habitat permanent est la partie basse du vagin), mais aussi grâce à la souplesse du vagin qui se laisse facilement entraîner à sa suite.

Le pédicule.

Il constitue une sorte de méso souple, extensible, aplati dans le sens transversal ; il part de la paroi vaginale postérieure où il est constitué par deux plans ; et ceux-ci s'écartent autour de la collection sanguine dont ils constituent l'enveloppe.

Son insertion présente une particularité très importante : c'est qu'elle se fait toujours sur la ligne médiane, au niveau de la colonne postérieure du vagin, ou au voisinage immédiat de celle-ci. Il peut occuper cette colonne sur *une longueur plus ou moins considérable*. En général, il en occupe les deux quarts moyens, mais il peut s'étendre soit vers le bas jusqu'au contact des vestiges hyménéaux, soit vers le haut au voisinage du col utérin.

La longueur de son insertion peut donc varier : de 4 à 10 cm. Elle est en général de 3, 4 ou 5 cm.

Son épaisseur varie également : tantôt ce pédicule est très mince, réduit à deux lames muqueuses accolées ; tantôt il est épais, atteignant parfois 2 cm. d'épaisseur, gros comme le petit doigt. Cette épaisseur croît à mesure qu'on s'éloigne du vagin pour se rapprocher de la tumeur.

Enfin *sa hauteur*, c'est-à-dire la distance de la paroi vaginale à la tumeur, a été évaluée, suivant les cas, de 1 cm. 5 à 3 cm. 5.

Vulve et vagin. — Au voisinage et à distance du pédicule la muqueuse vaginale garde sa coloration normale. La tumeur est bien pédiculée ; ses modifications évolutives n'intéressent qu'elle-même et ne s'étendent nullement à la muqueuse du vagin. La coexistence de varices des membres inférieurs, mais surtout de varices vulvaires, est très fréquente. Elles ne faisaient entièrement défaut que dans trois cas. Dans deux autres cas, on les a vues assez importantes. Dans dix cas on les a trouvées extrêmement développées, et même douloureuses dans deux de ces cas. Malheureusement, dans les autres observations, la question des varices n'est pas abordée. Enfin si dans la majorité de ces cas où les varices vulvaires existaient, il y avait aussi des varices au niveau des membres inférieurs, dans deux cas les femmes présentaient également des hémorroïdes (4 fois).

Rectocèle. — Dans trois cas on a signalé la coexis-

tence d'une rectocèle en général minime ; il ne suffit pas de faire pousser la femme pour la constater : il faut introduire le doigt dans le rectum et le recourber en crochet vers le vagin. Si en même temps on exerce une légère traction sur le thrombus, il devient alors très facile de constater la rectocèle. Mais la rectocèle, qui s'exagère quand on attire le thrombus au dehors, s'efface et peut disparaître entièrement quand on fait rentrer le thrombus dans le vagin (Funck-Brentano).

La rectocèle n'est pas fréquemment notée ; et cela s'explique bien, parce qu'on a généralement affaire à des femmes jeunes et enceintes pour la première fois. Dans un cas cependant, il y avait également une cystocèle ; mais il s'agissait d'une femme qui en était à sa 4^e gestation, et chez laquelle cystocèle et rectocèle préexistaient à l'apparition du thrombus.

Evolution clinique.

Quels que soient les symptômes qui marquent le début clinique du thrombus, son évolution reste toujours simple et bénigne.

En un seul cas on a noté la fétidité des pertes sanguines, mais elle fut très temporaire (Fehling). Jamais les femmes n'ont eu de fièvre ; jamais il n'y a eu d'infection ou d'hémorragie grave, ni de complications puerpérales infectieuses. Il s'agit donc d'une affection très bénigne quand elle reste livrée à son évolution spontanée. Souvent, la muqueuse du

thrombus s'ulcère, et c'est ainsi qu'il évolue rapidement par ouverture spontanée. Il se vide alors de son contenu et perd ses caractères tumoraux. Très vite après l'ouverture, en 2 et 5 jours, la tumeur a à peu près complètement disparu, et la cicatrisation est achevée en une dizaine de jours. Il est alors impossible d'en retrouver une trace éloquente, et d'être en mesure d'en faire le diagnostic rétrospectif : il ne reste qu'une petite surface grenue qui correspond à la tranche du pédicule. Mais cette trace même ne tarde pas à disparaître et échappe alors à l'examen manuel et visuel.

Dans d'autres cas où la couverture de muqueuse paraît plus épaisse et la quantité du sang épanché insuffisante pour provoquer une trop grande tension de la paroi, *l'ouverture spontanée ne se fait pas*. Le thrombus évolue vers la résorption avec rapidité (de 5 à 12 jours). Même quand il a persisté comme dans le cas de Mme Darcanne-Mouroux (5 semaines et 3 jours) après l'accouchement, son volume avait considérablement diminué et était passé de celui d'une noix à celui d'une petite cerise.

Dans deux cas le thrombus a été expulsé spontanément, en bloc (Tarnier, Pinard).

Enfin dans certains cas, sans attendre l'évolution spontanée, on a pratiqué *l'exérèse du thrombus* (Reich, Grosser, Justo, Funck-Brentano, Potocki et Sauvage (2 fois), Barbaro, Schulze).

CONSÉQUENCES DE L'APPARITION DU THROMBUS.

Le thrombus pédiculé et superficiel n'a aucun retentissement général. Jamais il n'a entraîné aucune complication générale, pas plus que locale du reste.

LE THROMBUS A-T-IL UNE INFLUENCE SUR LA GESTATION ?

Pour en juger, il faut ne considérer que les cas pour lesquels l'abstention opératoire a été la règle. Malheureusement la femme n'est pas toujours revenue accoucher dans le service où le diagnostic de thrombus avait été porté. De sorte qu'on ignore le temps écoulé entre l'apparition du thrombus et l'accouchement. D'autre part, certaines observations ne mentionnent la date ni les circonstances de l'accouchement. Johannowsky rapporte simplement que l'hématome n'avait apporté aucun trouble au cours normal de la grossesse. Auvard suivit une femme au 8^e mois, qui sortit de l'hôpital 10 jours après, non accouchée. La femme observée par Gilles à 8 mois 1/2, accoucha 3 semaines après l'apparition du thrombus. Dans les cas vus aux environs du 7^e mois par Tarnier, par Fleishmann et par Queirel, les femmes ont accouché après 68 jours, 64 jours, 2 mois. Dans l'observation de Fehling (thrombus au 8^e mois), l'accouchement eut lieu 38 jours après.

Toutes ces femmes ont donc accouché au voisinage du terme, longtemps après l'apparition du thrombus,

sans que celui-ci ait eu aucun retentissement sur l'évolution et la durée de la gestation.

Nous verrons qu'il n'en est pas toujours ainsi dans les cas où l'exérèse chirurgicale a été pratiquée.

RETENTISSEMENT SUR LE TRAVAIL, L'EXPULSION ET LES SUITES DE COUCHES.

Le thrombus constituant une tumeur située à la partie inférieure du vagin, il semble peu logique qu'il puisse avoir une influence sur le travail. Mme Darcagne-Mouroux qui a fait le diagnostic de thrombus au cours du travail, à dilatation de cinq francs, vit celle-ci se compléter en 2 heures. Et la période d'expulsion dura trois heures. Il s'agissait d'un 4^e accouchement (l'expulsion avait duré une heure pour le 2^e enfant, et une demi-heure pour le 3^e) ; et la poche des eaux, rompue artificiellement à dilatation complète, ne contenait qu'une faible quantité de liquide. Quand la tête fut parvenue au niveau de la tumeur vaginale, le dégagement parut gêné, malgré les efforts expulsifs soutenus de la parturiente. La tête ne progressa plus ; cet arrêt dura plus de trois quarts d'heure. Mme Darcagne-Mouroux glissa un doigt entre la tête et le thrombus, et s'efforça de refouler la tumeur, tandis que la femme poussait. Dès que le thrombus fut franchi, la tête sortit d'un seul effort. L'enfant, du sexe féminin, ne pesait pas 6 livres. La délivrance se fit simplement au bout de 55 minutes. Les suites de couches ont été normales. La tumeur avait le volume d'une grosse noix.

Dans l'observation rapportée par Gilles, la tumeur avait le volume d'un gros pouce. Elle était apparue chez une jeune femme enceinte pour la première fois, trois semaines avant l'accouchement (à l'occasion d'un coït, disait la femme). Le travail a duré dix heures. Après une expulsion d'une durée d'une demi-heure, naquit un enfant pesant 3 kgr. 200. Le dégagement de la tête s'est effectué sans difficultés, et, à ce moment, la tumeur fut refoulée vers le côté droit du bassin et ne subit « aucune offense ».

M. Brindeau qui constata dans les suites de couches l'existence d'un thrombus gros comme une cerise, note simplement que le travail dura 10 heures, dont une heure d'expulsion, chez une femme de 33 ans à son premier accouchement, suivi d'une délivrance normale.

Ainsi se présentèrent les seuls cas dans lesquels le thrombus existait encore au moment de l'accouchement (et où les circonstances de celui-ci ont été rapportées).

Dans tous les autres cas où les thrombus n'existaient plus (par évolution spontanée ou chirurgicale), l'accouchement ni les suites de couches n'ont rien présenté de notable. Il en fut ainsi dans notre cas personnel.

INFLUENCE DE L'ACCOUCHEMENT SUR LE THROMBUS.

Nous l'avons vu, le thrombus, livré à son évolution spontanée, n'a jamais présenté de complications

importantes, ni d'influence fâcheuse sur la gestation, sur l'accouchement, ni *sur les suites de couches*. Au contraire, les phénomènes d'hypervascularisation qui accompagnent les derniers temps de la gestation, disparaissent et la régression des varices vulvaires importantes qui suit l'accouchement en est un bon signe. Le volume du thrombus subit parallèlement une régression importante et rapide. Dans le cas où le thrombus a survécu intact à l'accouchement, on l'a vu le plus souvent diminuer de volume rapidement. Gilles a pu suivre la régression graduelle du volume de la tumeur pendant les suites de couches et ne l'a pas retrouvée à un examen pratiqué 2 mois plus tard.

Mme Darcagne-Mouroux qui constata l'existence du thrombus au cours du travail, relate la disparition au 15^e jour après l'accouchement des varices vulvaires qui, aux derniers temps de la gestation, étaient pourtant très volumineuses et douloureuses ; et qui gênaient la marche de la femme au point de la confiner chez elle. Mais le thrombus avait conservé le même volume et la même consistance. Les suites de couches ont été normales. Enfin, à un examen pratiqué 5 semaines post-partum, avant que le retour de couches ne se soit fait, elle note que le thrombus, jadis du volume d'une grosse noix, a considérablement régressé ; et qu'il présente maintenant le volume d'une petite cerise, couleur violacée, et de consistance comparable à celle d'une hémorroïde un peu tendue. Le méso s'est un peu rétracté, et il est devenu plus

difficile de sortir la petite tumeur par la vulve. Quinze jours plus tard, au dernier examen de Mme Darcagne-Mouroux, le retour de couches ayant eu lieu, le volume du thrombus n'avait pas subi grand changement, mais il n'y avait plus trace de varices vulvaires.

Dans le 2^e cas de M. Pinard, la tumeur fut expulsée, au moment de l'accouchement, par la tête, qui la poussa devant elle.

INFLUENCE SUR LA GESTATION DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE SUR LE THROMBUS.

Dans les cas où l'intervention fut pratiquée, les choses ne se sont pas passées toujours aussi simplement. Certes, dans le cas de Justo, la femme suivie pendant 10 jours seulement après l'intervention, n'avait pas accouché pendant ce laps de temps. Et dans un cas de Reich, l'accouchement (de deux jumeaux) ne se produisit qu'un mois plus tard. Et dans un cas de Potocki, 6 semaines après l'intervention. Mais dans un autre cas de Potocki, chez la femme qui était enceinte de 8 mois, le travail s'est déclenché le lendemain de l'opération. Dans le cas de Funck-Brentano, il y eut un intervalle de 5 jours entre l'intervention et l'accouchement. L'enfant pesait 3.220 gr., la délivrance faite spontanément 530 gr., membranes complètes mesurant 35 cm. sur 15. Mais la femme avait dépassé 8 mois et 1/2 de gestation. Dans le cas de Barbaro, malgré différents incidents opératoires et une poussée thermique con-

sécutive, la femme n'accoucha que 21 jours après. Fait plus grave et qui porte à restreindre la tendance opératoire, la femme opérée par Grosser au 5^e mois, avorta. Et Grosser lui-même incrimine l'intervention.

En résumé, sans même tenir grand compte des incidents d'hémorragie veineuse assez abondante qui furent notées dans les cas de Funck-Brentano et de Potocki, et surtout (pour son importance) dans les cas de Justo, Barbaro, Schulze et Le Lorier, l'intervention peut entraîner à bref délai l'interruption de la gestation. Sans grande importance quand on opère au voisinage immédiat du terme, l'accouchement prématuré ou même l'avortement ne pourraient constituer un risque acceptable que si le pronostic du thrombus livré à lui-même était fâcheux. En est-il ainsi ?

Pronostic.

Le thrombus, ainsi qu'il ressort de la lecture des observations, est très bénin. Sans aucun retentissement fâcheux quand il reste livré à son évolution spontanée, il n'entraîne aucune modification défavorable du cours et de la durée de la gestation, des modalités du travail et de l'expulsion, du déroulement habituel des suites de couches (celles-ci s'accompagnent même d'une régression de l'hématome), et enfin aucune conséquence sur le produit de la gestation n'a jamais été observée.

Il n'en est pas toujours ainsi quand on opère ces thrombus. A la lumière des cas publiés, nous allons essayer de dégager la conduite à tenir logique en présence de cette éventualité, après avoir décrit les traitements que certains auteurs ont appliqués à leurs malades.

Diagnostic.

Pour qui connaît l'existence du thrombus pédiculé du vagin, il n'y a pour ainsi dire pas de diagnostic différentiel. Cependant, c'est une affection assez rare pour que le praticien l'ignore généralement.

Quelles sont les affections qui peuvent le simuler, tout au moins qu'il faille théoriquement évoquer en présence d'une tumeur pédiculée, hématique, de la partie basse et postérieure du vagin survenant sans fracas au cours des derniers mois de la gestation ?

Les tumeurs variqueuses ? — Leur siège est en général diamétralement opposé, puisqu'elles se développent en général au niveau du tubercule antérieur du vagin, alors que le thrombus est inséré par son pédicule au niveau de la colonne postérieure du vagin.

D'autre part, comme toutes les tumeurs variqueuses, à contenu liquide (sang stagnant, mais en une dilatation veineuse en communication avec le reste du système veineux vaginal), les tumeurs variqueuses ont une consistance molle ; elles sont réductibles par la pression modérée qu'on peut leur faire subir ; la station verticale leur donne leur volume maximum ; tandis que, avec le décubitus, leur volume diminue

notablement. Ces tumeurs variqueuses ont une teinte bleuâtre caractéristique ; leur évolution, leur accroissement sont lents. Enfin elles ne sont pas pédiculées, alors que, quand il s'agit d'un thrombus, la traction douce que, l'on peut exercer sur celui-ci permet de constater l'existence d'un pédicule qui s'insère sur la colonne postérieure du vagin, ce qui lève tous les doutes.

Les varices enflammées. — Certes, présentent théoriquement plus de similitudes parce que leur consistance est plus ferme et qu'elles constituent une tumeur non réductible. Mais elles s'accompagnent de douleurs, et surtout on retrouve l'existence clinique antérieure de varices simples ; elles ne sont pas pédiculées, et il est rare qu'elles siègent au niveau de la colonne postérieure du vagin. Au palper, les phlébites variqueuses présentent de petits noyaux durs, très douloureux à la pression, plus ou moins isolés les uns des autres. Il peut y avoir avec ces phlébites des signes généraux d'infection qui n'existent pas dans le thrombus.

Les kystes du vagin. — Quand ils sont multiples, et ce n'est pas très rare, la question ne se pose pas, car le thrombus est toujours unique. Cependant, il peut y avoir une certaine analogie entre un thrombus et un kyste unique quand il est postérieur. Le kyste du vagin peut en effet augmenter de volume, parfois de façon considérable, à l'occasion de la gestation et plus particulièrement au cours de ses derniers mois (peut-

être en raison de l'hypervascularisation intéressant toute la sphère génitale). Ce kyste peut se pédiculiser par suite de son poids ou rester sessile. Mais l'accroissement de volume est en général relativement lent. Et surtout, alors que la muqueuse qui revêt le thrombus change d'aspect et prend une couleur foncée, violacée, lie de vin ou même noirâtre, la muqueuse qui double la paroi d'un kyste du vagin ne change absolument pas de caractères et garde sa coloration rosée de muqueuse saine. Le kyste est indolore, fluctuant, quelquefois translucide. Mais si le kyste suppure, les caractères locaux d'inflammation : rougeur, chaleur, de cette tumeur permettront le diagnostic avec le thrombus.

Le corps fibreux, le polype du vagin. — Ce n'est pas son siège habituel et il n'a aucun des caractères du thrombus. En particulier, la muqueuse qui le recouvre est saine en général.

Quant à la rectocèle, ce n'est pas un diagnostic qui se pose. Le toucher rectal, combiné au toucher vaginal, l'aura vite éliminé. Cependant, nous avons vu que la rectocèle peut exister en même temps que le thrombus. Cette association n'a pas été perdue de vue par les auteurs qui ont pratiqué l'exérèse du thrombus.

On a cité la possibilité d'un *diverticule rectal kystique*. C'est une éventualité d'une grande rareté, et de beaucoup plus rare encore que le thrombus pédiculé. Nous n'en parlerons que pour mémoire, ainsi que de

l'hématocolpos latéral : collection de sang menstruel dans un second vagin rudimentaire.

Le diagnostic d'*avortement*, ou d'*accouchement prématuré*, que les pertes de sang pourraient faire évoquer, n'est en réalité qu'un diagnostic de consultante. Il suffit à l'accoucheur de noter qu'il n'y a eu aucune contraction utérine douloureuse, et de pratiquer un toucher vaginal : celui-ci montre non seulement qu'il n'y a aucune modification du col utérin, mais aussi qu'il y a dans la partie basse du vagin une petite tumeur pédiculée peu ou pas sensible, et que le pédicule s'insère sur la colonne postérieure du vagin : c'en est assez pour que soit porté le diagnostic de thrombus pédiculé du vagin et nul autre.

Notons que le diagnostic ne se pose pas avec le thrombus du post-partum et du travail qui n'a de commun avec le thrombus pédiculé que le terme de thrombus, mais qui en diffère essentiellement par ses caractères cliniques, ses conditions d'apparition, les signes souvent violents qui l'accompagnent, et peut-on ajouter, une pathogénie différente.

Les traitements réalisés.

INTERVENTION. — ABSTENTION

Sur 25 cas, l'intervention a été pratiquée 10 fois et l'abstention 14 fois.

De l'exposé des faits, il ressort que l'abstention est la seule attitude logique. Nous allons cependant relater les indications opératoires que certains auteurs ont exposées, les techniques qu'ils ont employées, et les incidents qui ont pu émailler les interventions. Chemin faisant, nous verrons l'anatomie pathologique, macroscopique, telle que l'intervention permet de l'observer.

Indications opératoires (telles que les ont formulées les auteurs qui sont intervenus sur le thrombus).

Reich n'en parle pas. Grosser pas davantage. Quant à Justo, il avait fait le diagnostic de polype et pratiqué l'extirpation après ligature du pédicule. Pour Barbaro le diagnostic a impliqué l'intervention.

M. Funck-Brentano « dans la crainte de voir s'infecter cette masse sanguine et devant l'extrême facilité que présentait son ablation », décide d'intervenir.

Mais rien dans l'observation, ni dans la lecture des autres (si on en excepte peut-être celle de Fehling), ne permettait de redouter une infection du thrombus. M. Potocki et M. Sauvage ont enlevé chacun un thrombus, mais ils n'indiquent pas les raisons de leur décision.

Schulze réalisa l'ablation parce que le thrombus étant ulcéré, « le danger d'infection devait absolument être écarté en raison de la proximité du terme, et pour éviter de conserver une source éventuelle d'hémorragies graves par rupture de la tumeur au cours de l'expulsion.

Pour lui, il faudrait distinguer les indications opératoires suivant le volume du thrombus ; on pourrait respecter, si l'on veut, les très petits ; mais il serait utile, pour les gros thrombus, de les inciser, d'évacuer les caillots et de tamponner ; quant aux hématomes infectés et rompus, il conviendrait de les inciser afin de les évacuer et de les drainer.

Techniques opératoires (telles que les ont rapportées les accoucheurs qui les ont pratiquées. Incidents et suites opératoires avec l'anatomie pathologique macroscopique).

Justo, ayant porté le diagnostic de polype, a pratiqué l'extirpation après ligature du pédicule. Il s'ensuivit une hémorragie veineuse considérable et Justo dut réaliser une compression par la gaze iodoformée. Guérison en 10 jours.

GROSSER a pratiqué l'ablation par excision en tissu sain suivie de suture à la soie.

La tumeur enlevée présentait en coupe transversale l'aspect d'une noix muscade. De la surface d'ablation de la tumeur, partait une travée fibreuse, jaune-rougeâtre, dure qui se dirigeait vers le centre de la tumeur. Cette travée principale donnait naissance à d'autres travées secondaires qui allaient vers la périphérie de la tumeur. Ces trabécules limitaient des lacunes remplies de caillots.

La femme, qui était enceinte de 6 mois, avorta dans les jours suivants. Les suites furent apyrétiques.

REICH indique simplement que la poche était remplie de caillots et que « ceux-ci furent enlevés après ouverture du sac ».

M. FUNCK-BRENTANO relate qu'ayant l'intention d'énucléer la masse sanguine, et de suturer après avoir réséqué une partie de la poche, il a pratiqué d'abord une section médiane et antéropostérieure. La tumeur semblait consister en un bloc de sang noir, entouré par une paroi d'une excessive minceur. Cette paroi, à laquelle s'appliquerait mieux l'expression de pelure que celle de coque, faisait même défaut par endroits. Les points où la masse sanguine était directement en rapport avec l'air extérieur correspondaient aux taches noires que l'on voyait à sa surface. Toute décortication était impossible, et il enleva successivement les deux moitiés du thrombus, en sectionnant le méso au ras de la tumeur.

Au cours de cette petite intervention, il ne s'est pour

ainsi dire pas écoulé de sang, sauf à la partie tout à fait supérieure, le bistouri ayant sectionné une petite artériole de la paroi vaginale qu'il fallut lier au catgut. La section achevée, et la paroi vaginale débarrassée des caillots provenant du thrombus, la surface correspondant à l'attache de ce dernier se présentait sous la forme d'un ovale très allongé d'avant en arrière. Il était manifeste que le vagin n'était dépourvu en ce point que de la partie superficielle de la muqueuse. Il ne pouvait être question de faire de suture, et M. Funck-Brentano se contenta comme pansement de l'introduction dans le vagin d'une mèche de gaze iodoformée.

Ce pansement fut renouvelé matin et soir pendant les jours suivants, précédé chaque fois d'une injection vaginale à l'eau oxygénée. La température et le pouls sont restés absolument normaux jusqu'à l'accouchement, c'est-à-dire cinq jours après l'intervention.

M. Potocki a pratiqué l'excision de la tumeur en suivant son contact au bistouri. Il s'est produit une hémorragie en nappe assez abondante qui s'arrêta après que la suture au catgut des deux lèvres de la plaie fut achevée.

L'accouchement se produisit dans les 24 heures ; après trois heures de travail naquit un enfant pesant 2.870 gr. La suture de la paroi vaginale ne s'est pas désunie, et la cicatrisation s'est poursuivie pendant le post-partum, et était achevée quand la femme a quitté la Maternité, le dixième jour.

M. SAUVAGE a procédé à l'excision en masse de la tumeur par une incision au bistouri suivant de chaque côté le pédicule à son insertion sur le vagin. Il s'ensuit un écoulement abondant et en nappe de sang noir. Il lie deux artérioles et pratique un surjet au catgut qui arrête facilement l'hémorragie veineuse et affronte les deux lèvres de l'incision.

Les suites opératoires sont sans accidents ; la malade quitte l'hôpital dix jours après l'opération, et n'y est revenue pour y accoucher que cinq semaines après l'intervention. Un mois et demi après l'excision du thrombus, il existe seulement une cicatrice au niveau du tubercule postérieur du vagin.

M. CATHALA (*in* observation Barbaro) procède à l'ablation du thrombus sous anesthésie générale au chloroforme. Des pinces sont placées sur le pédicule qui est sectionné aux ciseaux en tissu sain. Les deux lèvres de la section sont réunies par un surjet au catgut commençant par l'extrémité la plus éloignée de l'opérateur. Au cours de cette suture, la pointe de l'aiguille éraille la muqueuse de la face interne de la petite lèvre gauche, qui saigne abondamment. M. Cathala essaie de placer une ligature : le fil coupe. Finalement le point qui saigne est tamponné pendant que l'on continue le surjet de la plaie opératoire. A la fin de l'intervention, on retire le tampon et la déchirure accidentelle recommence à saigner. Les tissus étant trop friables pour permettre une ligature, M. Cathala décide de prendre toute la région qui saigne dans une pince à anneau qu'il laisse à demeure.

Le lendemain de l'intervention, on tente d'enlever la pince : mais l'hémorragie se reproduisant aussitôt, on la remet en place. Au bout de 48 heures, la pince se détache spontanément et laisse à sa place une petite escharre qui ne saigne plus, les jours suivants, on note une courte poussée fébrile à 38°, 38°5 sans gravité, due sans doute à une légère infection locale.

Vingt et un jours après l'intervention, la femme accouche spontanément, à terme, d'un enfant vivant du sexe féminin pesant 3.200 gr.

Examen macroscopique de la pièce : Le thrombus a la forme d'un croissant, avec un pédicule formé par la muqueuse vaginale. Ce pédicule, plus mince à sa partie moyenne est renflé à ses deux extrémités où il présente la coupe de nombreux petits vaisseaux.

M. LE LORIER (1), notre maître, rapporte qu'ayant observé un cas de thrombus pédiculé chez une femme enceinte, il en a fait l'ablation.

Mais, comme M. Cathala, il a été frappé par l'extrême difficulté de l'hémostase. Chaque piquûre de l'aiguille devient la source d'une nouvelle hémorragie ; de sorte qu'en pareil cas, il croît bien qu'il se contentera, « à l'avenir, de mettre un petit clamp sur le pédicule, d'enlever la tumeur et de laisser le clamp se détacher seul ».

Schulze pratique l'excision en tissu sain du pédicule : c'est-à-dire mise en place d'une pince sur le pédicule et ligature. Il n'a pu suturer primitivement

1. Discussion de l'observation Barbaro. C. R. Soc. d'Obst. et Gyn., Paris, 7-12-1924, p. 766.

la plaie en raison de l'hémorragie. Chaque piqûre d'aiguille saigne ; en raison de cette hémorragie abondante il se contente de tamponner avec de la gaze de Clauden (à la thrombokinasé), ce qui arrête l'hémorragie. Sortie le douzième jour. Cicatrisation satisfaisante. Un mois après l'apparition de la tumeur, accouchement normal. Il ne s'est pas produit d'hémorragie au siège de l'insertion de la tumeur. Suites de couches apyrétiques. Sortie le 7^e jour.

L'abstention opératoire. — Elle a été la conduite adoptée dans 14 cas sur 25. Le traitement a été réduit au repos au lit le plus souvent. Certains auteurs ont précisé les soins antiseptiques adjuvants. C'est ainsi que Fehling dans un cas où l'écoulement sanguinolent présentait une certaine fétidité s'est borné à entourer le thrombus avec de l'ouate au perchlorure de fer. Ceci arrêta l'hémorragie. Les jours suivants il saupoudre la tumeur à l'amidon salicylé et fait pratiquer deux injections vaginales par jour.

Fleishmann prescrivit des pansements iodoformés, et Auvard des injections au sublimé. Schachmann en présence d'une tumeur qui faisait issue par la vulve, mit pour réduire la tumeur un tampon de gaze iodoformée maintenu par un bandage en T.

Conduite à tenir.

En résumé, chaque fois qu'on s'est borné à de petits soins (1), il n'en est rien résulté de fâcheux pour la tumeur, pour la gestante, pour la gestation, pour le travail, pour les suites de couches, ni pour l'enfant.

Quand on est intervenu (2) par contre, on n'a pas obtenu de résultats meilleurs : c'était impossible, puisque les résultats de l'abstention étaient excellents en raison de la bénignité du thrombus pédiculé. On a noté quelques incidents opératoires sans gravité, quelques accouchements suivant de très près l'intervention (sans importance, puisqu'au voisinage du terme), et surtout un avortement (Grosser).

Quand il s'agit d'une affection bénigne dont l'évolution tourne toujours bien ; qu'on propose une ablation, si simple soit-elle, mais dont les résultats non seulement ne sont pas meilleurs, mais peuvent être grevés par la possibilité du déclenchement du travail, y a-t-il lieu de choisir entre l'abstention pure et simple (le mieux — recherché — étant en ce cas l'ennemi du bien — spontané —) et l'intervention ?

Poser la question, c'est la résoudre.

1. 14 fois.

2. 11 fois.

En présence d'un thrombus pédiculé, affection bénigne par excellence, il semble que l'abstention est la sagesse ; l'intervention étant pour le moins inutile quand elle n'est pas dangereuse (1).

1. Sous réserve naturellement qu'on ne se trouve pas, dans l'avenir, en présence de signes d'infection locale sérieuse, cette éventualité n'ayant rien, *à priori*, d'impossible.

Pathogénie.

Les causes présidant à la production du thrombus pédiculé sont loin d'être évidentes. Chaque fois qu'une observation est publiée, elle suscite des discussions pathogéniques. Nous examinerons successivement les hypothèses formulées, après les faits qui en constituent le fondement.

Les faits.

Tout d'abord, quels sont les faits marquants de l'histoire des thrombus pédiculés ?

1^o *La rareté* : nous n'avons pu en réunir que 25 observations (et encore l'une d'elles serait à exclure de ce cadre, selon M. Pinard).

2^o Le fait que le thrombus n'apparaît qu'*au cours de la gestation*, dans les derniers mois ou les dernières semaines, alors que les modifications circulatoires sont au maximum au niveau du tractus génital.

On trouve le témoignage de cette hypervascularisation dans la coexistence si fréquente de varices vulvaires avec le thrombus.

3^o Leur fréquence très prédominante chez les femmes jeunes et enceintes pour la première fois.

4° Enfin et surtout, l'insertion du pédicule, médiane et postérieure, au niveau de la colonne postérieure du vagin. A tel point que dans un cas où l'insertion ne se faisait pas strictement sur la ligne médiane, on a pu considérer qu'il ne s'agissait pas d'un thrombus pédiculé authentique.

Les hypothèses.

On a voulu faire jouer un rôle à la fatigue, aux efforts, au coït. Que ces causes puissent, même occasionnellement, jouer, il est difficile de l'admettre, bien que les femmes les invoquent souvent (de la même manière qu'en pathologie générale on voit fréquemment invoquer le froid ou les traumatismes). Si ces causes étaient déterminantes, le thrombus ne serait pas d'une telle rareté.

L'état de gestation avancé est certainement un facteur important et même une condition presque *sine qua non*. Il est probable que ce qui compte en pareil cas, ce sont les modifications vasculaires et l'imbibition tissulaire traduite par le ramollissement, et qui préparent et faciliteront le travail et l'expulsion ; mais qui sont également des conditions favorables à l'extension par clivage d'une collection sanguine. Par ailleurs, la régression rapide des thrombus qui ont survécu au travail, semble bien montrer qu'après la gestation qui en permet le développement, les phénomènes qui succèdent à l'accouchement entraînent leur résorption.

Le siège du pédicule permet d'envisager la solution probable de la pathogénie du thrombus.

M. Funck-Brentano a été frappé par le siège de cette insertion et non pas tant par son siège médian que par le niveau en hauteur où elle se fait. Si, dit-il, cette insertion se fait sur la partie inférieure du vagin, ce ne peut être un effet du hasard. Ne serait-ce pas simplement parce que c'est la partie la plus saillante de la colonne postérieure, celle où les frottements se font le plus sentir, et surtout parce que c'est le long de cette colonne que siègent les plexus variqueux, au niveau desquels se forme le thrombus pédiculé ?

Quand, dit-il, on pratique le toucher chez une primipare dont le releveur de l'anus se contracte, ce qui se produit souvent au moment de l'examen, le doigt qui pénètre, après avoir franchi l'orifice vaginal, butte presque aussitôt sur la paroi postérieure du vagin soulevé par la contraction du muscle. La partie la plus étroite n'est pas au niveau du point où s'insérerait l'hymen, mais un peu plus haut, là où le releveur, contracté, resserre le conduit vaginal. Une fois que le doigt a franchi ce détroit, au-dessus duquel les parois du vagin sont souples et extensibles, il se trouve dirigé beaucoup trop en avant.

Pour aller dans la direction du col, il est obligé de se reporter très en arrière et de descendre l'autre versant du dos d'âne qu'il vient de contourner. Le doigt, recourbé en crochet peut alors très bien se rendre compte du relief semi-lunaire que forme le releveur en soulevant la paroi vaginale. Ce relief est

surtout accusé en arrière, et se termine inférieurement par un bord mousse, qui, chez certaines femmes, quand le releveur est bien contracté, rappelle le bord antérieur de l'aileron sacré. Ce bord croise transversalement la colonne postérieure du vagin en un point que nous avons toujours trouvé distant de la fourchette d'environ 4 centimètres. L'on voit donc que la partie de la colonne postérieure qui est soulevée par le releveur est exactement celle où siège toujours notre thrombus. Au moment de la contraction du releveur, la muqueuse vaginale repose à ce niveau sur ce bord dur et transversalement dirigé, et l'on comprend très bien qu'elle soit de ce fait plus vulnérable en ce point, soit au moment du coït, soit au moment des efforts qui s'accompagnent du glissement de haut en bas, du frottement de la paroi antérieure sur la paroi postérieure du vagin.

.

Dans le cas rapporté par M. FUNCK-BRENTANO, la colonne postérieure avait un développement absolument normal et l'hématome siégeait non dans l'épaisseur de la colonne vaginale, mais à sa surface (constatation histologique).

.

Si l'insertion suit la ligne médiane, ajoute-t-il, n'est-ce pas simplement parce que c'est la partie la plus saillante de la colonne postérieure et la plus exposée au traumatisme?

Il souligne que contrairement au cas rapporté par JOHANNOWSKY où l'hématome s'était développé dans

l'épaisseur d'un septum rudimentaire, dans le sien il n'en était pas ainsi. Et qu'enfin (approuvé par M. QUEIREL), la résorption de la colonne intermullerienne se fait progressivement de bas en haut : et que donc, le fait de ne rencontrer le thrombus pédiculé qu'à la partie inférieure du vagin est tout à fait contraire à la théorie qui voudrait trouver une explication embryologique à la formation des thrombus.

M. FUNCK-BRENTANO, à l'occasion de la discussion qui suivit la présentation de son mémoire, terminait en indiquant qu'ainsi qu'on peut le constater par le toucher vaginal combiné au toucher rectal, on se rend compte de la puissance de la sangle qui passe derrière le rectum et de l'action presque nulle des fibres qui passent directement derrière le vagin. C'est bien le faisceau qui passe derrière le rectum qui, au moment de la contraction du muscle, soulève la paroi postérieure du vagin, juste au niveau du point où l'on voit toujours se développer le thrombus pédiculé ; et M. FUNCK-BRENTANO dit qu'il croit que ce thrombus se développe toujours à ce niveau parce que la muqueuse est plus vulnérable sur ce point.

D'autre part ce muscle ayant toute sa puissance chez la primipare, il serait logique de constater que c'est la raison pour laquelle le thrombus se rencontre presque uniquement chez les femmes enceintes pour la première fois.

Il est possible que dans la détermination du siège *en hauteur*, la disposition anatomique et ses conséquences mécaniques et physiologiques minutieuse-

ment décrites par Funck-Brentano jouent un rôle.

Mais il ne semble pas que ces explications permettent de rendre compte de la totalité des problèmes que soulève la production du thrombus pédiculé.

C'est d'abord que le releveur de l'anوس n'a en réalité avec le vagin que de très faibles connexions. Le vagin est accroché par ses bords à une courte expansion du releveur ; et il est bridé en arrière par un mince faisceau ; ce faisceau n'est pas un muscle à fibres striées, c'est une sorte de travée elliptique faite de fibres lisses. Et la grosse partie du releveur de l'anوس, la cravate ou faisceau ansiforme passe derrière le rectum et comprime médiatement le vagin.

On s'explique mal que ce mince tractus musculaire rétro-vaginal puisse avoir une influence quelconque sur le fait de la congestion veineuse de cette région ou dans la production d'un hématome.

C'est ensuite qu'en effet, entre cette disposition anatomo-physiologique, *qui est la règle*, la loi commune à toutes les femmes, primipares en particulier, et la rareté de la production du thrombus, rareté telle qu'il n'en existe que 25 cas dans la littérature, il y a un tel écart que la logique veut qu'il y ait « autre chose ».

Si l'hypothèse de Funck-Brentano (1) résumait

1. Ainsi peut se résumer l'hypothèse majeure de M. Funck-Brentano. Il ajoute qu'il a été frappé par la fréquence de la coexistence de varices vulvaires, et qui est bien en rapport avec les renseignements que lui donne l'examen microscopique ; que, d'autre part, ce qui prouve bien que l'état des vaisseaux joue un rôle dans la production de ces hématomes, c'est l'époque à

toutes les conditions, comment expliquer, par ailleurs, les cas où la femme ne fait aucun effort, ne subit aucune fatigue ni aucun rapprochement sexuel... impétueux, depuis souvent plusieurs semaines (car elle est souvent en fin de gestation), et voit cependant apparaître le thrombus ? Comment expliquer l'absence de thrombus chez les trop nombreuses femmes que l'on voit dans les consultations et qui continuent malgré leur état de gestation avancé à exercer des métiers pénibles et subir des activités génitales dont la répétition et la brutalité les excèdent ? Pourquoi surtout l'insertion du pédicule est-elle toujours strictement médiane ? La logique veut donc qu'il y ait autre chose. Quoi donc ?

Johannowsky a fait une manière de réponse à cette question par le titre sous lequel il a rapporté le cas qu'il a observé (le deuxième chronologiquement des cas décrits, 1877) : « Hématome d'un septum rudimentaire du vagin chez une femme enceinte de cinq mois ». Ce septum occupait les $\frac{2}{3}$ inférieurs de la paroi postérieure du vagin. En avant, sur une hauteur d'environ un travers de doigt, il faisait une saillie en forme de crampon et s'aplanissait peu à peu en se dirigeant en arrière. Le lieu où se produisit l'hématome est remarquable ; c'est au niveau du bord supé-

laquelle ces derniers font leur apparition : la seconde moitié de la gestation, où les modifications d'origine gravidique de la vascularisation des parois vaginales vont en s'accroissant à mesure qu'on approche du terme. Ce mauvais état et la fragilité des parois vasculaires semblent bien être réellement deux causes prédisposantes ; la rupture se produisant soit à l'occasion d'un effort, soit au moment du coït.

rieur mousse de ce septum rudimentaire (Il n'existait aucune autre anomalie des organes génitaux).

Dix ans plus tard (1887), M. Budin, rapportant un cas de thrombus pédiculé, émit l'hypothèse suivante, basée sur la disposition du pédicule qu'il avait constatée : « Insertion commençant à 2 centimètres en arrière de l'orifice vaginal et se continuant suivant une ligne qui occupe *le milieu* (c'est M. Budin qui souligne) de la paroi postérieure du vagin ; elles s'étend en haut jusqu'à 3 centimètres environ du col de l'utérus. Quant à la tumeur, elle ne siège pas dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, mais en avant de cette cloison.

Il pense pouvoir expliquer la production du thrombus parce qu'il serait le résultat d'une hémorragie se produisant dans l'épaisseur de la colonne postérieure du vagin anormalement développée (cas de Johannowsky) ou même apparemment normale, par suite de la disparition incomplète de la cloison qui, embryologiquement, sépare primitivement les canaux de Muller, unis d'abord pour constituer le cordon génital (1).

M. Budin s'exprime ainsi : « Chez quelques femmes la colonne postérieure du vagin fait sur toute la hauteur du canal une saillie longitudinale très marquée. Il semble que la cloison constituée à une certaine période de la vie embryonnaire par l'adossement des deux canaux de Muller ne s'est pas complètement résorbée.

1. Tourneux et Legay. Kolliker.

On eut dit que dans notre cas le thrombus s'était formé dans l'épaisseur de ce débris de cloison : la saillie arrondie de la tumeur, le pédicule longitudinal qu'elle offrait, sa situation en avant de la cloison recto-vaginale dont elle est absolument distincte plaident en faveur de cette hypothèse. »

Puis, rapportant l'observation de Johannowsky : « Il nous paraît même que l'observation de J... confirme pour ainsi dire l'hypothèse que nous avons faite de l'existence d'un thrombus dans une colonne épaissie de la paroi postérieure du vagin. »

Doléris croit également qu'il y a *quelque chose de préexistant*, rudiment folliculaire, cavité kystique dans l'épaisseur de la paroi vaginale, vestige du cloisonnement du vagin.

Enfin, Schulze émet l'hypothèse qu'il y a des altérations veineuses prédisposant au thrombus et qu'elles seraient liées à l'intoxication gravidique. Il ajoute que le thrombus se produit là où les veines sont les plus nombreuses, c'est-à-dire au niveau de la colonne postérieure(?)

BARBARO se contente de souligner qu'un seul fait apparaît certain dans son observation : la coexistence de varices vulvaires particulièrement développées et qu'il est évident que cet état variqueux a dû jouer un rôle capital dans la formation du thrombus.

Mais, ajoute-t-il, sous quelles influences se sont produites la turgescence et la rupture de ce plexus variqueux ? cela, nous ne le savons pas.

D'autres auteurs, avec Braun, invoquent la gêne

circulatoire apportée par l'engagement de la tête dans le bassin qui entraînerait une stase telle qu'une veine très remplie pourrait se rompre. Mais alors, comment expliquer l'apparition d'un thrombus au 6^e mois, alors que la tête du fœtus est manifestement trop peu volumineuse pour apporter une gêne circulatoire ; ou encore chez les multipares, chez lesquelles la tête fœtale n'est pas engagée.

D'après Halliday Croom, chez une femme dont l'abdomen est distendu, en besace, une forte antéversion utérine peut arriver à tendre la paroi vaginale postérieure, au point que si la tête est engagée, il puisse y avoir rupture des parois vasculaires très amincies par l'étirement.

Pour Schulze, les varices vulvaires constituent le facteur prédisposant au thrombus, qui pourrait être la conséquence de l'action éventuellement plus intense des muscles abdominaux, par rupture des capillaires dilatés situés dans le tissu vaginal. La stase veineuse, augmentée par l'engagement de la tête pourrait donc jouer un rôle important : quand cette stase est accrue par la contraction violente de la paroi abdominale au cours d'un effort, elle entraîne la rupture de la paroi veineuse et la production de l'hématome.

Mais alors le thrombus devrait se voir beaucoup plus souvent, puisque les varices vulvaires ne sont pas une rareté, ni les femmes obligées à fournir des efforts violents dans ces conditions.

Schulze rapporte que pour Stéphan, l'augmentation de la perméabilité endothéliale est une cause

d'hémorragie (méiopragie capillaire de Fiessinger).

Ashner attire l'attention sur le fait que la stase et un état particulier de la crase sanguine peuvent léser les vaisseaux, ce qui faciliterait l'hémorragie.

(Barbaro n'a retrouvé aucune modification pathologique de la crase sanguine).

De toutes les hypothèses formulées sur la pathogénie du thrombus pédiculé, et après en avoir fait la critique, nous en arrivons à considérer que l'explication la plus logique est celle qui s'appuie sur l'existence probable d'une disposition anatomique anormale d'origine embryologique. Et ceci parce que toutes les autres hypothèses sont critiquables, et que si elles recèlent peut-être une part de vérité, aucune ne nous semble répondre de façon aussi complète que celle que nous adoptons à la totalité des questions que soulève le thrombus, et tout particulièrement celle que la constance du siège d'insertion de son pédicule met au premier plan.

En somme :

— Le thrombus n'est possible que s'il existe une disposition anatomique anormale au niveau de ce qui représente le reliquat de l'accolement des canaux de Muller.

— Le thrombus peut, sur ce « terrain », se produire par suite des modifications vasculaires qui accompagnent la fin de la gestation.

— Disposition anatomique préexistante, conditions nouvelles apportées par la gestation constituent les

facteurs essentiels (peut-être la sangle du releveur joue-t-elle un rôle accessoire).

Cette hypothèse permet d'expliquer :

1^o La rareté : c'est bien le caractère des anomalies d'origine embryologique de ne se manifester qu'assez exceptionnellement.

2^o Le fait que ces thrombus sont des thrombus de la gestation : la gestation est « l'occasion favorable » à la production du thrombus, qui n'est possible que s'il y a anomalie préexistante.

La première gestation représente la « première occasion favorable », la première où toutes les occasions sont réunies. C'est de cette façon, nous semble-t-il, que s'explique la fréquence si remarquable du thrombus au cours de la première gestation ;

3^o Le siège strictement médian de l'insertion du pédicule. Ce caractère semble le meilleur et devrait, selon le vœu de M. Pinard, constituer la condition sans laquelle on ne devrait pas porter le diagnostic de thrombus pédiculé.

En résumé, les modifications de la vascularisation qui accompagnent la gestation facilitent la production du thrombus, qui ne peut se constituer que s'il y a persistance anormale de la duplicité des canaux de Muller, et au niveau d'un plexus variqueux logé en cette région.

Observations.

Observation I. — FEHLING.

Hematoma polyposum du vagin.

Primipare, 23 ans, bien portante habituellement ; jusqu'à il y a un mois, la grossesse a eu une évolution normale. A cette époque, la malade eut une hémorragie de courte durée.

Un mois après, le 15 décembre 1875, sans cause appréciable, nouvelle hémorragie augmentant le lendemain.

A l'examen, on trouve la fente vulvaire distendue par une tumeur dure, bosselée, de la grosseur d'une petite pomme. La surface en est couverte de caillots, sous lesquels il s'écoule encore du sang frais si on les enlève.

Au toucher, en glissant sur la tumeur, on arrive à la partie postérieure sur un pédicule de la grosseur du petit doigt s'implantant dans la paroi vaginale postérieure, près de la fourchette.

La muqueuse du vagin passe sur ce pédicule, normalement colorée à sa base, plus loin ecchymotique, déjà gangrenée à la partie supérieure de la tumeur.

Le toucher rectal montre que la muqueuse de la portion terminale de l'intestin, ainsi que le tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale, sont libres. L'examen obstétrical donne : grossesse vers la fin du 9^e mois ; tête en bas au

détroit supérieur. La colonne vaginale antérieure est recouverte de veines variqueuses saillantes.

La réduction de la tumeur, douloureuse, n'est que temporaire.

J'entourai la tumeur avec de l'ouate au perchlorure de fer. Ceci arrêta l'hémorragie. Les jours suivants, je saupoudrai avec de l'amidon salicylé ; deux injections par jour.

L'odeur et l'excrétion fétide diminuent rapidement. La tumeur diminue par élimination de débris ; au bout de cinq jours, elle se retire dans le vagin. A la suite, il y eut un léger œdème de la petite lèvre gauche. Pas de fièvre.

Le onzième jour, la tumeur était disparue, sauf une surélévation et un épaississement de la paroi vaginale postérieure, à 5 cm. de la fourchette.

Le 22 janvier, accouchement rapide d'un enfant à terme.

A la sortie de l'accouchée, au commencement de février, on sentait encore une légère induration à l'endroit indiqué.

Observation II. — JOHANNOWSKY.

Sous le nom « d'hématome d'un septum rudimentaire du vagin chez une femme enceinte de cinq mois ».

Josepha N..., domestique, célibataire, 23 ans, de Bohnovic. Depuis l'âge de 17 ans, règles abondantes, douloureuses, durant trois jours, revenant toutes les quatre semaines. Primipare arrivée au cinquième mois de sa grossesse, d'après les renseignements qu'elle fournit, renseignements confirmés par l'examen. A son entrée à l'hôpital, elle raconte ce qui suit :

Il y a trois jours, elle monta jusqu'au troisième étage un

panier très lourd rempli de charbon. Elle éprouva une sensation douloureuse comme si quelque chose avait été poussé hors des organes génitaux, et elle commença à perdre beaucoup de sang. Une sage-femme, consultée, constata qu'une tumeur arrondie, noirâtre sortait du vagin. Par le repos au lit, cette tumeur rentra. L'écoulement sanguin persistant, la malade craignit un avortement et se présenta à la Maternité, où le Professeur Weber von Ebenhof l'adressa à la clinique de gynécologie.

Examen local.]— Les organes génitaux externes sont normaux. L'hymen forme un cercle qui est déchiré en bas et à droite. En écartant les grandes lèvres, on aperçoit à l'entrée du vagin une partie d'une tumeur qui est livide et brillante à la surface. On peut, avec le doigt, constater qu'elle distend nettement les parois du vagin, qu'elle est du volume d'un œuf de poule et qu'elle repose sur le sommet d'un septum charnu rudimentaire. Ce septum qui sert de pédicule étroit et allongé à la tumeur, occupe les deux tiers inférieurs de la paroi postérieure du vagin. En avant, sur une hauteur qui égale environ la largeur du doigt, il fait une saillie en forme de crampon ; il s'aplanit peu à peu en se dirigeant en arrière. La tumeur paraît très friable au niveau de sa convexité et ses parois minces laissent voir par transparence le sang noir qui est coagulé dans sa cavité ; il y a une masse sanguine de résistance élastique.

On fit le diagnostic d'hématome dans ce cas en se fondant sur ce qu'avait rapporté la malade, sur l'examen local et sur ce qui survint ultérieurement. Le lieu où se produisit l'hématome est remarquable ; c'était le bord supérieur mousse d'un septum rudimentaire du vagin.

Le jour de l'entrée de la malade à l'Hôpital, la tumeur

se rompit spontanément, des caillots sortirent, puis le reste de la tumeur se résorba.

En dehors du septum du vagin, il n'existait aucune autre anomalie des organes génitaux. Cet hématome n'avait apporté aucun trouble au cours normal de la grossesse.

Observation III. — REICH.

Hématome pédiculé du vagin.

A l'examen de la malade, on trouve entre ses cuisses une tumeur arrondie de 10 centimètres de diamètre environ, qui s'implantait dans la paroi vaginale postérieure par un pédicule long de 15 et épais de 2 centimètres.

La tumeur consistait en un sac dont la paroi se continuait directement avec le pédicule et la muqueuse du vagin. La poche était remplie de caillots. Ceux-ci sont enlevés après ouverture du sac.

Un mois plus tard, après la naissance de deux jumeaux, on ne sent qu'une petite cicatrice sur la paroi vaginale postérieure.

Observation IV. — ANDERSON (1).

Femme âgée de 22 ans, enceinte de 7 mois.

Les organes génitaux externes et les membres inférieurs couverts de varices.

1. ANDERSON ajoute : il y avait sur un point circonscrit, une proéminence de veines variqueuses. Il se peut qu'à la suite d'un effort, la pression subitement augmentée ait déchiré le vaisseau, et qu'alors la muqueuse, déjà proéminente, ait été poussée de plus en plus ; à cause de la localisation immédiatement derrière l'entrée du vagin, la muqueuse est poussée en avant vers la pression moindre, le pédicule s'allonge par la traction de la tumeur qui augmente de plus en plus par de nouveaux apports de sang.

Il existe une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, suspendue par un pédicule de 5 cm. de long à la paroi vaginale postérieure sur la ligne médiane, immédiatement derrière l'entrée du vagin.

Sur la paroi rectale antérieure, en un point correspondant à la tumeur, on sent une petite dépression.

La cause occasionnelle est une fatigue.

Observation V. — FLEISCHMANN.

Le 28 décembre 1885, on reçoit à la clinique obstétricale du Professeur BREISKY, la primipare Marie L..., âgée de 20 ans.

Elle prétend que, depuis environ trois semaines, une tumeur sortait de ses organes génitaux, et qu'à ces moments elle perdait du sang. Elle ne peut indiquer de cause à cette affection.

A l'examen de la malade on trouve : femme robuste, bien constituée. Les dimensions de l'utérus indiquent une grossesse au début du neuvième mois. Le fœtus, vivant, se présente par son sommet qui est engagé.

Ses grandes lèvres sont volumineuses, couvertes de veines variqueuses. Le rebord de l'hymen présente des encoches peu profondes. Il est large et charnu du côté gauche et en arrière.

De la vulve baillante sort une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, arrondie, de couleur bleu noirâtre.

Cette tumeur s'implante par un large pédicule sur les deux quarts moyens de la colonne postérieure du vagin, qui est très proéminente dans toute sa longueur.

La muqueuse vaginale passe sur le pédicule et sur la tumeur, présentant à la base du premier sa coloration normale pendant la grossesse.

Sur quelques points de la tumeur, bien limités, la muqueuse fait défaut ; sur d'autres elle est de coloration gris blanchâtre. Si on touche la tumeur, il sourd au niveau des parties dénudées quelques gouttes de sang très foncé. La consistance de la tumeur est assez dure, élastique. La pression ne provoque aucune sensation douloureuse.

Rien d'anormal sur la paroi antérieure du vagin et dans la cloison recto-vaginale.

Il s'agissait évidemment d'un hématome du vagin, dont l'enveloppe muqueuse était partiellement nécrosée ;

Traitement. — Repos au lit ; pansement iodoformé. La tumeur diminue et se retire assez rapidement dans le vagin, tandis que la muqueuse qui la recouvrait s'élimine pour la plus grande partie.

Le 8 janvier, la tumeur avait disparu. Il ne persistait plus que la surélévation due à la colonne postérieure du vagin, sur laquelle on voyait une perte de substance bien limitée, linéaire. Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, la malade n'a pas eu d'ascension thermique.

Le 20 février, la cicatrisation était complète.

Le même jour, la mère accouche d'un enfant pesant 2.720 grammes .

L'accouchement a été facile. Il n'y a que quelques éraillures de la fourchette.

Le 1^{er} mars, à la sortie de l'accouchée, il ne persiste qu'une cicatrice longue de 5 centimètres, un peu irrégulière.

Observation VI. — BUDIN.

Le 24 mai 1886 se présentait à notre consultation de la Charité une jeune femme, Marie B..., âgée de 24 ans, domestique, qui se plaignait de perdre par les organes géni-

taux une certaine quantité de liquide sanguinolent.

Cette femme, primipare, habituellement bien réglée, avait eu sa dernière époque menstruelle, le 24 septembre 1885. Elle se considérait comme enceinte de 7 mois et demi environ. Sauf quelques vomissements au début, sa grossesse n'avait rien présenté de particulier. Comme antécédents, on ne relève qu'une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui a nécessité un séjour de six semaines à l'hôpital ; des ventouses scarifiées ont été, à cette époque, appliquées sur la région précordiale ; il y a depuis un peu d'essoufflement et des battements de cœur quand la malade se fatigue ou fait des efforts ; mais à l'auscultation on n'entend aucun souffle, le premier bruit du cœur semble seulement un peu moins net qu'à l'état normal.

Le 23 mai, dans la matinée, la malade éprouve quelques douleurs dans les reins et l'abdomen : ces douleurs sont intermittentes et assez peu marquées, de sorte qu'elle continue à faire son ménage et à vaquer à ses occupations.

A 2 heures de l'après-midi, elle se sent subitement mouillée ; elle rentre chez elle et constate qu'elle perd de l'eau roussâtre ; ce liquide est en quantité assez abondante pour imprégner sa chemise et mouiller ses bas. Elle s'aperçoit en même temps qu'il existe une petite tumeur au niveau des organes génitaux externes, tumeur qui est d'apparition toute récente.

Craignant d'accoucher prématurément, elle se met sur un lit et l'écoulement diminue d'une façon notable ; mais il devient plus rouge. Bientôt il n'y a plus qu'un simple suintement qui persiste pendant toute la soirée et toute la nuit ; il est à peine apparent quand la malade se présente le 24, au matin, à la Charité.

A l'examen, nous constatons qu'il existe une grossesse

de sept mois et demi environ, l'enfant se présente par le sommet en position occipito-iliaque droite, la tête n'est pas engagée. Il n'y a ni œdème, ni varices des membres inférieurs ; au niveau des organes génitaux on trouve seulement deux veines un peu plus dilatées que normalement dans le sillon qui sépare la petite lèvre de la grande lèvre du côté droit.

A travers la vulve fait saillie une tumeur arrondie noirâtre qui vient de la cavité vaginale ; sa consistance un peu pâteuse est assez résistante ; à sa surface il y a des plis et des rides. On peut repousser dans la cavité du vagin cette tumeur qui a le volume d'un petit œuf de poule. On constate alors qu'elle va s'insérer sur la paroi postérieure du canal. L'insertion commence en bas à 2 centimètres en arrière de l'orifice vaginal et se continue sur une ligne occupant le milieu de la paroi postérieure du vagin ; elle s'étend de bas en haut jusqu'à 3 centimètres environ du col de l'utérus.

La tumeur présente donc une extrémité arrondie hémisphérique en bas, puis elle devient presque cylindrique. Elle est rattachée à la paroi vaginale postérieure par un véritable pédicule longitudinal qui existe sur toute la hauteur. Dans sa portion la plus large, la tumeur paraît avoir de 2 centimètres à 2 centimètres et demi environ ; au niveau de son insertion, le pédicule n'a guère plus de 5 millimètres de largeur, aussi peut-on imprimer à la tumeur de légers mouvements de latéralité.

Par le toucher rectal, on ne constate rien d'anormal ; la paroi intérieure de l'intestin est lisse et régulière ; elle n'est ni refoulée, ni soulevée par la tumeur ; il faut appuyer fortement avec le doigt pour sentir la tumeur vaginale ; celle-ci ne fait saillie dans le rectum que si deux

doigts introduits dans le vagin la refoulent d'avant en arrière.

En un mot, la tumeur ne siège pas dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, mais en avant de cette cloison. Les quelques douleurs sourdes qui existaient sont à peine augmentées par la pression.

Le 25 et le 26 mai, on constate que la tumeur diminue peu à peu de volume ; l'écoulement séro-sanguinolent persiste ; il devient moins rouge.

Le 27 mai, il sort une substance noirâtre, demi-solide, grumeleuse, semblable à celle qui viendrait d'une collection sanguine, dont une partie du sérum aurait été résorbée. La tumeur diminue progressivement de volume ; de plus, son extrémité antérieure, qui depuis le premier jour n'a plus de tendance à faire saillie au dehors, devient irrégulière, anfractueuse ; la surface semble s'être ulcérée.

Le 30 mai, les caractères ont considérablement changé ; on dirait qu'il ne reste plus de la tumeur que son pédicule, à ce point qu'un candidat au Bureau Central ayant pratiqué le toucher, se demande s'il n'existe pas une colonne postérieure du vagin, épaissie, hypertrophiée, irrégulière. L'écoulement sanguinolent a disparu ; la grossesse suit son cours sans présenter aucune particularité, et le 10 juillet, Marie B... accouchait spontanément d'une fille qui pesait 3.320 gr. Les suites de couches ont été absolument normales.

Tous les caractères présentés par la tumeur qui vient d'être décrite sont ceux d'un thrombus vaginal survenu pendant la grossesse, sans cause appréciable, car la malade n'avait fait aucun effort et n'avait eu aucun rapport sexuel.

Observation VII. — GROSSER.

Primipare de 20 ans, dernières règles vers mi-juin 1889. Réglée à 14 ans, régulièrement pendant 8 jours sans douleurs. La quantité de sang perdue chaque fois est moyenne. Pas de maladie antérieure ; pas de troubles gravidiques. Depuis le mois de juillet, quelques varices sur le membre inférieur gauche. Le 6 novembre, la malade éprouva une frayeur intense avec perte de connaissance consécutive. Au réveil, elle sent s'écouler par le vagin du sang en abondance (un quart de litre environ).

En même temps, elle prétend avoir éprouvé des douleurs analogues à celles de l'expulsion pendant quelques heures. Le jour suivant, elle eut du ténesme vésical et rectal.

A l'examen, on trouve : les organes génitaux externes et le vagin ne présentent pas de varices ; il y en a, mais elles sont peu prononcées, au membre inférieur gauche.

De la vulve, il sort une tumeur rouge sombre de la grosseur d'un testicule, de la forme d'un rein dont le hile est représenté par le pédicule vaginal. Celui-ci peut être poursuivi à partir du bord gauche de l'hymen, qui contribue à sa formation, suivant la ligne médiane de la paroi vaginale postérieure, sur une longueur de 5 cm. Il est étroit et extensible.

La surface de la tumeur était un peu chagrinée et visiblement nécrosée, de sorte que, microscopiquement, on ne pouvait affirmer que c'était la muqueuse vaginale.

La muqueuse saine entourait à la façon d'un col le pédicule et arrivait jusqu'à la limite de la tumeur. La consistance de cette dernière était très dure, fibreuse.

Le 8 novembre, on pratiqua l'ablation par excision en tissu sain et sutures à la soie.

A la suite, il n'y eut pas de fièvre. Mais le traumatisme opératoire provoqua des contractions utérines et la femme avorta.

(Voir anatomie pathologique).

Observation VIII. — AUVARD et COUDER.

La nommée C... (Annette), âgée de 28 ans, domestique, est fille d'un père atteint de varices et de hernies et d'une mère qui souffre d'hémorroïdes et d'un prolapsus utérin.

Réglée à 14 ans, sans aucun trouble de la santé, elle voit régulièrement tous les 27 ou 28 jours. En 1889, elle eut une première grossesse ; c'est alors qu'apparurent de nombreuses varices aux membres inférieurs et à la vulve, et elle fut même obligée de consulter un médecin pour des hémorroïdes. L'accouchement eut lieu à terme et produisit une déchirure médiane dont il reste une cicatrice de 1 centimètre de long.

Les suites de couches furent normales et l'accouchée se leva le 6^e jour ; elle eut son retour de couches le 5 janvier 1890.

Les dernières règles datent du 14 février suivant. Cette seconde grossesse a fait réapparaître les varices et les hémorroïdes qui s'étaient affaïssées à la suite de l'accouchement.

En outre, la malade sentait à la vulve des bourrelets muqueux qui parfois devenaient douloureux et finissaient par un suintement jaunâtre abondant. Pas de constipation.

Le 22 octobre, à 9 heures du matin, étant debout, elle

se sentit mouillée tout à coup ; en même temps une grosseur sortit par la vulve. Elle crut que c'était l'enfant, et une sage-femme, qui partageait son opinion, l'envoya immédiatement à l'hôpital.

A son arrivée, on put constater ce qui suit : une tumeur rouge foncé grosse comme une noix, fait saillie hors de la vulve ; elle est recouverte d'une muqueuse exulcérée et saignant au moindre frottement. Sa consistance en ce moment est molle, fluctuante nullement tendue. Par le toucher vaginal, on reconnaît qu'elle est rattachée à la paroi postérieure du vagin par un pédicule allongé verticalement qui commence à 1 centimètre au-dessus de l'orifice vaginal et remonte à 3 ou 4 centimètres du col.

Le toucher rectal permet de s'assurer que la paroi du rectum ne prend aucune part à la constitution de cette tumeur ; elle n'est ni refoulée ni entraînée par celle-ci ; elle en reste entièrement indépendante.

D'autre part, la vulve présente un grand nombre de varices sous-cutanées et sous-muqueuses. Le tubercule antérieur du vagin très volumineux. Enfin, l'examen de l'utérus montre qu'il est développé comme à 8 mois de grossesse et que l'enfant se présente par le sommet en position gauche antérieure.

L'apparition brusque de la tumeur et ses caractères objectifs permettent à Mlle Hénault, sage-femme du Service, de porter le diagnostic de thrombus du vagin, dû probablement à la rupture d'une veine variqueuse. Ce diagnostic est confirmé le lendemain par M. Auvar.

On fait des injections au sublimé et la malade garde le lit. Il ne se produit aucun suintement.

Le 23, l'aspect de la tumeur a bien changé ; elle est maintenant noirâtre, dure comme un caillou, aplatie

transversalement par la pression des cuisses ; elle mesure 5 centimètres et demi en hauteur et 3 centimètres et demi en largeur. Il est certain que le sang qu'elle contenait s'est coagulé ; cependant la pression ne produit pas de crépitation.

Le 24, la tumeur est encore plus dure que la veille ; elle diminue de volume à mesure que le caillot se rétracte ; une partie de la muqueuse qui la recouvre s'est mortifiée, détachée, et flotte comme un lambeau à la surface.

Le 27, la muqueuse est complètement tombée et a laissé à découvert un caillot noir, ferme, adhérent solidement à la paroi postérieure du vagin. Aucune fétidité, pas de fièvre.

Le 29, le caillot est en partie désagrégé ; tout autour de sa base d'implantation on voit un liseré de bourgeons charnus indiquant que le travail de réparation s'effectue.

Le 31, le caillot tout entier s'est éliminé ; il reste au niveau de son pédicule une cicatrice allongée de haut en bas sur la paroi postérieure du vagin.

Le 1^{er} novembre, la malade sort complètement guérie.

Observation IX. — TARNIER.

La nommée S... primipare, âgée de 18 ans, entre à la clinique, le 2 décembre 1892 ; elle est alors enceinte de six mois et demi environ. A la suite d'un exercice violent cette femme avait été prise le 1^{er} décembre 1892, à 9 heures du matin d'un écoulement de moyenne abondance, sanguin d'abord, puis aqueux, qui dura jusqu'à cinq heures du soir. Peu de temps après, elle s'aperçut qu'une masse molle, du volume d'une noix, faisait saillie à la vulve. Cette masse fut repoussée par la malade et rentra dans le

vagin. Dans la nuit suivante, suintement de sang. La malade entre alors à l'Hôpital où elle arrive le 2 décembre à cinq heures du matin. Son linge est souillé de sang. M. Tarnier à sa visite du matin, trouve dans le vagin un corps mou, allongé dans le sens vertical, qui paraît faire saillie hors de l'orifice du col ; mais, en contournant la tumeur avec le doigt, il s'aperçoit qu'elle adhère à la face postérieure du vagin par un pédicule assez large. Attirée hors de la vulve, la tumeur a le volume d'une noix ; ses parois sont lisses, violacées, sa consistance est élastique ; on voit son pédicule qui adhère à la face postérieure du vagin, à l'union des trois quarts supérieurs avec le quart inférieur. La tumeur est foncée en couleur et ressemble à certaines anses intestinales étranglées. Le pédicule offre une teinte différente ; il est violacé. La couleur de la paroi vaginale est normale. L'écoulement sanguin persiste pendant quatre jours. L'état général est peu influencé. Le 7 décembre, à la suite d'une injection vaginale, expulsion d'une petite masse molle courbée sur son bord. Pendant deux heures environ, le suintement persiste, mais il est très diminué ; puis il cesse tout à fait pour ne plus se reproduire. Le 8 décembre, M. Tarnier ne trouve plus de tumeur au toucher. L'examen au speculum donne les renseignements suivants : dans le point où s'attache le pédicule du thrombus, on voit sur la muqueuse vaginale un relief linéaire verticalement dirigé de 1 cm. 1/2 de longueur, et de couleur violacée. La partie proéminente est granuleuse ; les parties qui l'avoisinent sont de couleur violacée, et cette teinte se perd peu à peu. Examinée après son expulsion, la tumeur offre les caractères suivants : longueur, 3 cm. environ ; bord convexe mousse et lisse, bord concave déchiqueté ; largeur, 7 à 8 mm. La malade

quitte la clinique vers le 15 décembre et y revient accoucher le 10 février 1893.

Observation X. — JUSTO.

Argentine, 38 ans. Au huitième mois de sa seconde grossesse ; après une marche forcée, la malade voit apparaître à la vulve une tumeur. Justo, consulté, constate la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, de couleur noire à grand diamètre vertical, insérée sur la partie inférieure de la colonne postérieure du vagin par un pédicule de 6 cm. de large sur un d'épaisseur. Pensant à un polype, il pratique l'extirpation après ligature du pédicule. Hémorragie veineuse considérable. Compression par la gaze iodoformée. Guérison en dix jours. L'examen microscopique démontre qu'il s'agissait d'un hématome ou thrombus.

Observation XI. — QUEIREL.

Au n° 8 de la salle des femmes en couches, vous avez vu une femme de 19 ans, primipare, accouchée depuis huit jours. L'accouchement et la délivrance ont été spontanés, l'enfant se présentait par le sommet en O. I. G. A. et pesait 3.000 gr. L'allaitement a commencé dans de bonnes conditions, les suites de couches sont apyrétiques. Ce cas ne présente donc rien de particulier ni au point de vue de la délivrance, ni au point de vue du post-partum ; mais il n'en est pas ainsi de la grossesse, qui nous fournit une particularité intéressante sur laquelle je veux attirer votre attention.

Si nous remontons à deux mois plus tôt, la plupart d'entre vous se souviendront de m'avoir vu opérer cette

femme d'une tumeur de la vulve ou plutôt du vagin. Voici l'histoire de la malade : le 4 octobre elle nous est amenée à l'Hôpital. La veille, non sans une scène violente, elle s'était, après une absence de quatre mois, réconciliée avec le père de son enfant. Il paraît que le coït fut assez impétueux, sinon brutal, car à la suite de cet acte, elle fut prise d'une douleur violente au niveau du bas-ventre, puis sentit quelque chose qui la gênait et qui sortait au niveau de la vulve. Elle y porta les mains, et voyant qu'elle avait du sang, elle s'effraya, crut qu'elle allait avorter et se fit transporter à l'Hôpital.

Nous la trouvons dans son lit le 4 au matin, avec la figure rouge, vultueuse, le pouls fréquent, la température à 38°, la vulve endolorie et suintant un peu de sang.

A l'examen des parties génitales, nous trouvons, sortant de l'orifice vaginal une tumeur piriforme grosse comme un œuf de poule, violacée, noire par places, et écartant les grandes et les petites lèvres qui sont sillonnées de varices, principalement du côté gauche. Prise entre les doigts, cette tumeur est tendue, résistante, mobile, et on trouve qu'elle est rattachée à la paroi postérieure du vagin sur la ligne médiane. Au lieu d'implantation de la tumeur, il existe un pédicule long de cinq à six centimètres, commençant en avant à un centimètre de la fourchette. Les dimensions de la tumeur sont de dix centimètres dans son diamètre longitudinal, et de cinq centimètres dans le transversal. Elle présente une surface muqueuse dépolie, semblant prête à se sphacéler, laissant voir par transparence du sang qui vient sourdre à travers les éraillures de cette muqueuse vaginale. Le toucher rectal montre qu'elle siège en avant de la cloison recto-vaginale qui est complètement libre.

Ablation par excision de la tumeur ; une pince sur le pédicule ; sutures à la soie.

Observation XII. — SCHACHMANN.

Marie A..., âgée de 21 ans, domestique, entre à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière, Service de M. Maygrier, le 8 novembre 1897.

Antécédents héréditaires. — Père vivant et bien portant. Mère morte de variole hémorragique en 1876 à Rouen. La malade a deux frères bien portants, 2 sœurs dont une a des varices très développées (après sept accouchements) ; l'autre a des hémorroïdes.

Antécédents personnels. — La malade a été élevée au biberon et n'a marché qu'à deux ans. Pas de maladies d'enfance. Primipare ; réglée à 13 ans, sans douleurs, durée trois à quatre jours, le sang coule toujours abondamment. Elle a des hémorroïdes, peu fluentes, depuis deux ans. Les dernières règles datent du 25 avril.

La malade n'a pas eu de malaises, ni de vomissements. Les mouvements actifs du fœtus ont été perçus à la fin du mois d'août.

A la suite d'un voyage de Trouville à Paris répété deux fois en huit jours, elle a eu une forte hémorragie génitale, le 3 octobre, avec expulsion de caillots, douleurs dans les lombes, le bas-ventre et la vulve.

La sage-femme consultée, dit qu'il s'agit d'un commencement de travail prématuré. La malade reste couchée pendant trois jours et prend des injections très chaudes. Les pertes sanguines n'ont duré que dix ou douze heures environ.

Au bout de trois jours, la malade se lève. Le 8 novembre,

autre hémorragie, un peu moins abondante, spontanée avec douleurs vulvaires. En même temps, envies fréquentes d'uriner et d'aller à la selle.

En se garnissant, la malade s'aperçoit qu'une tumeur sort par la vulve. A ce moment, les douleurs ont présenté un caractère expulsif, mais elles ont cessé presque complètement et tout de suite, de sorte que la malade continue son ouvrage depuis 11 heures du matin jusqu'à 5 heures du soir. Quand elle se présente à l'Hôpital, l'examen à son arrivée donne les résultats suivants : femme en excellent état général ; pas de fièvre, douleurs peu intenses. Dans la vulve entrebâillée, on voit une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. La couleur en est rouge très foncé, lie de vin, avec des veinosités à la surface, elle est en outre, recouverte d'une mince couche de caillots. Elle est dure, lisse, tendue, rénitente, douloureuse au palper.

Par le toucher, on constate que cette tumeur ovoïde s'implante par un pédicule large et mince sur la colonne postérieure du vagin. Le pédicule commence à 1 centimètre en arrière de la fourchette et remonte le long de la paroi vaginale postérieure jusqu'à environ 3 ou 4 centimètres du col de l'utérus. Le pédicule, étendu en longueur, n'a qu'une hauteur de 1 centimètre et demi environ.

La tumeur déborde le pédicule en avant et en arrière par un bec mousse.

En faisant pousser la femme, la tumeur sort presque entièrement hors des organes génitaux, et on peut voir que la coloration de la muqueuse du pédicule est absolument normale, et que cette muqueuse se continue sans démarcation aucune avec celle de la paroi vaginale postérieur. Du reste, la coloration de la muqueuse vaginale est normale.

Il y a très peu de varices à la vulve et aux membres inférieurs.

Par le toucher rectal, on sent sur la paroi antérieure du rectum, au niveau du pédicule de la tumeur, un petit enfoncement, dû probablement à la traction exercée par la tumeur.

La malade se plaint de ténésme vésical et rectal. La première impression que produit la tumeur est celle d'une rectocèle enflammée ; ce n'est qu'après le toucher vaginal minutieux, et le toucher rectal, qu'on arrive à faire le diagnostic de thrombus du vagin.

La tumeur est réduite après antisepsie préalable, et maintenue dans le vagin par un petit tampon de gaze iodoformée et un bandage en T.

Le lendemain, la tumeur a un peu diminué de volume : la muqueuse qui la recouvre est moins lisse ; elle présente des bosselures, la rénitence est moindre. On continue le même mode de traitement et injections au sublimé deux fois par jour.

Graduellement la tumeur diminue sans qu'il y ait écoulement de sang, ni élimination de caillots.

Au bout de huit jours, la tumeur a presque entièrement disparu, il n'en reste qu'un petit bourrelet, le long de la colonne postérieure du vagin.

La malade sort sur sa demande ; elle n'est plus revenue dans le Service, de sorte qu'on ne peut savoir si le pédicule est resté ou s'est effacé.

Observation XIII. — BRINDEAU.

Il s'agit d'une nommée L..., âgée de 33 ans, primipare, qui s'est présentée à la Maternité de Saint-Louis pour y

accoucher le 10 juillet 1903. A son arrivée, la dilatation était de 5 francs, membranes intactes. La sage-femme qui a pratiqué l'examen n'a rien remarqué de particulier au niveau du vagin.

La femme est envoyée chez une sage-femme agréée. Accouchement spontané après dix heures de travail. Période d'expulsion ayant duré une heure, délivrance normale. Deux jours après l'accouchement, la sage-femme en faisant la toilette externe s'aperçoit de la présence d'une petite tumeur violacée qui apparaît entre les petites lèvres. A ma visite qui eut lieu le sixième jour, la sage-femme me signale cette particularité. En écartant les petites lèvres, on aperçoit en avant et à gauche, une petite tumeur du volume d'une cerise, qui siège immédiatement en dehors de la colonne postérieure du vagin. Elle est d'un rouge violacé. Par le toucher, on la sent qui remonte parallèlement à la colonne postérieure sur une longueur de 6 à 7 cm. Elle est reliée au vagin par un méso, ce qui permet de lui donner quelques mouvements de latéralité. Consistance rappelant celle du testicule. On ne fait aucun traitement. La malade est revue à sa sortie au dixième jour; même état. Pas de nouvelles depuis. Il est impossible de savoir si cette femme présentait cette tumeur pendant sa grossesse, mais la sage-femme de l'Hôpital dit n'avoir rien remarqué.

Observation XIV. — GILLES.

Mme X..., enceinte de 8 mois $1\frac{1}{2}$, vient me consulter le 17 juillet 1906, pour une tumeur apparue au niveau des organes génitaux.

Il s'agit d'une primipare, âgée de 22 ans, sans antécé-

dents pathologiques héréditaires ou personnels intéressants à relater.

La tumeur est survenue à la suite d'un coït pratiqué une quinzaine de jours auparavant et à l'issue duquel la patiente a éprouvé une assez vive douleur.

L'examen de la vulve permet, en effet, d'apercevoir une tumeur implantée sur la paroi vaginale postérieure et occupant la ligne médiane.

Elle prend naissance en avant, dans la région de la fosse naviculaire, par une extrémité arrondie, passe au-dessous de la collerette hyménéale et remonte le long et dans l'épaisseur de la colonne postérieure.

Dans ce trajet, elle forme un relief en plus en plus saillant, puis elle finit à environ cinq centimètres en amont de l'orifice vulvaire, par un brusque renflement. Sa forme est cylindrique, son volume est celui d'un gros pouce, sa consistance est rénitente, pseudo-kystique. Quant à l'aspect de la tumeur, il diffère suivant la région que l'on considère.

En avant de l'hymen, sa surface est lisse, nacrée, sillonnée de fines arborisations vasculaires ; en arrière, elle est accidentée par le froncement de la paroi vaginale, et la muqueuse présente à ce niveau une coloration sensiblement plus foncée que celle des parois avoisinantes.

Restent enfin deux autres particularités à signaler : défaut de sensibilité à la pression et mobilité très marquée dans le sens latéral, la tumeur oscillant très aisément d'un côté à l'autre sous l'effort du doigt.

Le diagnostic du thrombus pédiculé du vagin est indiscutable.

Le reste de l'examen indique une présentation du sommet engagé en O. I. G. A. Enfant vivant.

Je revois la malade le 23 juillet ; malgré le repos auquel cette dernière a été soumise, je ne constate aucune modification de la tumeur.

Le lendemain, vers cinq heures du matin, le travail se déclare ; il est très rapide, les contractions se succèdent à intervalles très rapprochés. A 3 heures du soir, la dilatation est complète, l'accouchement a lieu une demi-heure après. Enfant de 3 kgr. 200. Au moment du dégagement de la tête, la tumeur refoulée vers le côté droit du bassin, n'a subi aucune offense.

Les suites de couches ont été physiologiques. La régression de l'hématome s'est opérée graduellement. Il n'en restait plus trace le 10 octobre, jour où j'ai examiné la malade pour la dernière fois.

Observation XV. — M. L. Funck-Brentano.

Il s'agit d'une primipare de 22 ans, domestique, dans les antécédents de laquelle on ne trouve rien de particulier. Elle a marché à 1 an, a été réglée à 15 ans 1/2 et toujours régulièrement.

Enceinte pour la 1^{re} fois, ses règles remontent au 27-29 février 1908. La grossesse évolue d'une façon absolument normale. Voyant le terme approcher, la femme vient le 14 novembre se faire examiner à la Maternité de Saint-Antoine. Elle est vue par mon ami Dubrisay qui pratique le toucher et ne constate rien d'anormal. L'enfant se présente par l'extrémité céphalique, dos à gauche.

Elle rentre chez ses patrons et reprend son service. Le 20 novembre, dans la matinée, comme elle cherchait, étant accroupie, à soulever le pied d'une lourde table, pour dégager le coin d'un tapis, elle sentit, au moment de

l'effort, quelque chose sortir au niveau de la vulve. Y portant la main elle constata l'existence d'une grosseur et ramena ses doigts tachés de sang. La femme n'avait ressenti aucune douleur, mais la concierge, appelée en consultation, ayant déclaré que c'était la tête de l'enfant que l'on voyait, on conduisit la femme à Saint-Antoine où elle entra à une heure de l'après-midi.

Je l'ai vue le lendemain 21 novembre à 9 heures 1/2 du matin. La vulve est entr'ouverte et laisse voir une tumeur dont la coloration est d'un rouge sombre, avec par places, des taches noires. On dirait une anse intestinale étranglée. La surface lisse et convexe de cette tumeur fait au dehors une saillie de 1 à 2 centimètres. Elle est indolore à la pression, d'une consistance assez ferme rappelant celle du rein.

En pratiquant le toucher, on constate que la forme et les dimensions de cette tumeur sont à peu près celles d'un œuf de poule. Cette tumeur est pédiculée et reliée par un court méso à la colonne postérieure du vagin. L'insertion de ce méso se fait sur la ligne médiane et sur une étendue d'environ 4 centimètres, descendant en bas jusqu'à 2 centimètres de la fourchette. La surface de la tumeur laisse suinter par place un peu de sang tachant les doigts qui la touchent.

Il ne peut y avoir de doute, il s'agit d'un thrombus superficiel et pédiculé du vagin.

Il est facile de faire rentrer ce thrombus dans le vagin. Il n'est plus visible alors de l'extérieur, mais en faisant pousser la femme, on le voit ressortir, entraînant derrière lui la paroi vaginale postérieure et produisant ainsi un certain degré de rectocèle. En effet, en pratiquant le toucher rectal, il est facile de constater l'existence de cette

rectocèle. Il y a en avant de l'anus, un cul-de-sac profond de plusieurs centimètres, dans lequel on peut faire pénétrer le doigt recourbé en crochet. Ce cul-de-sac s'efface et disparaît entièrement quand on fait rentrer le thrombus dans le vagin.

La rectocèle s'exagère, au contraire, quand on attire le thrombus au dehors.

Cette femme présentait des varices au niveau des membres inférieurs. Ces varices étaient plus accusées au niveau de la jambe gauche et existaient aussi au niveau de la vulve. Là également, elles étaient plus développées à gauche, siégeant sur toute l'étendue de la grande lèvre correspondante.

Depuis le 14 novembre, jour où cette femme a été examinée et où l'on n'a rien trouvé de particulier par le toucher, jusqu'au 20, il ne s'est absolument rien produit qui puisse expliquer l'apparition de ce thrombus. Cette femme ne se faisait pas d'injections vaginales. Quant aux rapports, il n'y en aurait pas eu, la femme est absolument affirmative sur ce point. Son dernier rapport remonterait même au 15 avril, époque à partir de laquelle son amant, la sachant enceinte, l'aurait complètement abandonnée.

Dans la crainte de voir s'infecter cette masse sanguine, et devant l'extrême facilité que présentait son ablation, je me décidai à intervenir.

Ayant l'intention d'énucléer la masse sanguine et de suturer après avoir réséqué une partie de la poche, je fis d'abord une section médiane et antéro-postérieure. La tumeur semblait consister en un bloc de sang noir entouré par une paroi d'une excessive minceur. Cette paroi, à laquelle s'appliquerait mieux l'expression de pelure que celle de coque, faisait même défaut par endroits. Les

points où la masse sanguine était directement en rapport avec l'air extérieur correspondaient aux taches noires que l'on voyait à sa surface. Toute décortication était impossible et j'enlevai successivement les deux moitiés du thrombus en sectionnant le méso au ras de la tumeur.

Au cours de cette petite intervention, il ne s'est pour ainsi dire pas écoulé de sang, sauf à la partie tout à fait supérieure. Mon bistouri ayant pénétré en ce point un peu plus profondément dans la paroi vaginale, une artériole minuscule se mit à donner qui fut liée au catgut. La section achevée et la paroi vaginale débarrassée des caillots provenant du thrombus, la surface correspondant à l'attache de ce dernier se présentait sous la forme d'un ovale très allongé d'avant en arrière. Il était manifeste que le vagin n'était dépourvu en ce point que de la partie superficielle de la muqueuse. Il ne pouvait être question de faire des sutures et je me contentai, comme pansement, de l'introduction dans le vagin d'une mèche de gaze iodoformée.

Les jours suivants on renouvela ce pansement matin et soir, en le faisant précéder d'une injection vaginale à l'eau oxygénée. La température et le pouls sont absolument normaux jusqu'à l'accouchement.

Le travail débute le 26 novembre, cinq jours après mon intervention. A 3 h. 1/4 de l'après-midi, quand la femme entre à la salle d'accouchement, la dilatation est de deux francs. A 4 h. 5, cette dilatation est complète. Dix minutes après, l'accouchement se termine spontanément par un enfant du sexe féminin pesant 3.220 gr., et sans déterminer de lésions appréciables, ni au niveau du vagin, ni au niveau de la vulve et du périnée.

La délivrance est faite par extraction simple au bout de

quarante-cinq minutes (poids du placenta 530 gr. membranes complètes mesurant 35/15).

Une heure après l'accouchement, la température est de 38°6. Elle se maintient au-dessus de la normale pendant quelques jours. On fait deux injections intra-utérines, puis des injections vaginales répétées plusieurs fois par 24 heures et toujours suivies d'un pansement vaginal à la gaze iodoformée. Localement les choses vont tout à fait bien et ont très bon aspect. Bientôt il faut y regarder de très près pour retrouver, sur la paroi vaginale postérieure l'endroit où se faisait l'insertion du thrombus.

Observation XVI. — L. FUNCK-BRENTANO.

Il s'agit d'une nommée M..., âgée de 24 ans, primipar ménagère, qui entre à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine, dans le Service de M. Doléris, le 25 août 1909, à sept heures du soir, parce qu'elle ressent quelques douleurs et qu'elle se croit en travail.

Les dernières règles remontent à la fin de novembre 1908 (28 au 30). Cette femme ne peut donc pas être à terme. La hauteur utérine est de 31 cm. 1/2. L'enfant se présente par l'extrémité céphalique dos à gauche. En pratiquant le toucher, on découvre l'existence d'une tumeur sanguine située à la partie inférieure de la paroi postérieure du vagin que l'on voit très bien quand on écarte les petites lèvres et qu'on fait pousser la femme.

Durant la nuit les douleurs disparaissent complètement.

Le lendemain matin, je pratique l'examen et constate qu'il s'agit d'un cas de thrombus superficiel et pédiculé du vagin.

Ce que ce thrombus présente de particulier, c'est : 1° sa

forme ; 2° la brièveté de son pédicule qui n'existe réellement que quand on exerce une traction sur la tumeur en l'attirant en dehors de la vulve, ce qui se fait très facilement.

Comme dans toutes les observations publiées, ce thrombus siège sur la colonne postérieure du vagin, son extrémité inférieure étant distante de la fourchette de 3 centimètres et demi environ. Attiré au dehors, ce thrombus a la forme et le volume d'une grosse noix ; mais examiné en place après avoir écarté les grandes et les petites lèvres et après avoir déprimé la fourchette, on voit qu'il a la forme incurvée intermédiaire à celle du rein et du corps thyroïde.

La convexité de la tumeur est dirigée en bas. Sur la ligne médiane, elle mesure environ 4 centimètres. Elle est symétrique, et ses parties latérales remontent à la même hauteur de chaque côté de la colonne postérieure du vagin.

Sa couleur est celle du raisin noir. Si, comme dans la précédente observation, l'hématome siège dans l'épaisseur du derme de la muqueuse, il est probablement situé à un niveau un peu plus profond. Le revêtement est continu cette fois. Le sang ne suinte pas à sa surface. Il semble bien que la masse sanguine, ayant rencontré sur la ligne médiane une certaine résistance, n'a pu entraîner la muqueuse comme elle le fait habituellement, et s'est étalée sur les parties latérales en remontant un peu de chaque côté.

C'est ce qui expliquerait également la brièveté du pédicule qui existe, mais ne se caractérise réellement que quand on cherche à attirer le thrombus au dehors.

Il n'existait pas trace de varices au niveau des organes génitaux. Au niveau des membres inférieurs, le réseau

veineux sous-cutané était apparent, mais les varices faisaient également défaut.

Le dernier rapport remonterait au mois de mars. En mai, en allant à la selle, la femme s'aperçoit à plusieurs reprises qu'un peu de sang était mélangé aux matières, et depuis lors, elle n'a plus rien constaté d'anormal et n'a ressenti de gêne d'aucune sorte.

Voyant qu'elle n'était pas en travail, la femme quitte la Maternité et n'est pas revenue accoucher dans le Service.

Observation XVII. — Mme DARCANNE-MOUROUX.

Mme X..., femme d'un industriel. Agée de 25 ans, elle a toujours eu une excellente santé. Réglée à 13 ans, mariée à 19 ans. Premier accouchement en 1903. Cet accouchement fut pratiqué par une sage-femme. D'après les renseignements fournis par la famille, le travail dura 24 heures ; la période d'expulsion fut si longue que l'enfant succomba. L'accouchement se termina sans intervention : présentation du sommet, gros enfant du sexe masculin. Pas de lésions sérieuses du périnée. Suites de couches normales.

Deuxième accouchement, à terme, auquel j'assistai, le 19 mars 1905. Présentation céphalique. Période de dilatation : 4 heures ; période d'expulsion : une heure. Fille de sept livres et demie. Délivrance rapide et normale. Pas de déchirure du périnée. Suites de couches normales.

Troisième accouchement à terme auquel j'assistai encore le 22 juillet 1907. Présentation céphalique. Période de dilatation : deux heures et demie ; période d'expulsion : une demi-heure. Garçon de six livres environ, délivrance aussitôt après la naissance. Pas de lésions du périnée. Suites de couches normales.

Suivant les coutumes déplorables du pays, aucun de ces deux enfants ne fut nourri au sein ; et, malgré les remontrances répétées, la mère se leva du huitième au dixième jour après l'accouchement. Elle reprenait la direction de sa maison et se livrait elle-même à des travaux de ménage assez pénibles. C'est à ce lever précoce que l'on peut sans doute attribuer l'apparition d'un prolapsus de la paroi vaginale antérieure qui survint après le deuxième accouchement.

Des varices des membres inférieurs s'étaient développée dans les derniers mois de la troisième grossesse et avaient persisté après l'accouchement.

Quatrième grossesse. Dernières règles : 24 avril 1908. Au sixième mois de cette dernière grossesse, des varices des membres inférieurs devinrent douloureuses et gênèrent la marche au point de confiner la femme chez elle. Je constatai l'existence de grosses varices vulvaires assez douloureuses.

Le 17 janvier 1909, soit 15 jours avant l'accouchement, je fis les constatations suivantes. Hauteur utérine : 31 centimètres : présentation céphalique, dos à gauche. Je pratiquai le toucher, et je ne découvris rien d'anormal. Cystocèle de la grosseur d'un œuf de pigeon quand la femme poussait ; légère rectocèle.

Le 31 janvier, dans la matinée, apparition des premières contractions douloureuses ; elles cessèrent dans l'après-midi pour réapparaître dans la journée du 1^{er} février ; mais comme ces contractions étaient faibles, on ne m'envoya pas chercher.

Je ne vis la parturiente que le 2 février, à une heure du matin ; la dilatation était alors de 5 francs, les douleurs assez fortes et répétées. Je fus étonnée, en pratiquant le

toucher vaginal, de sentir une tumeur très lisse du volume d'une grosse noix. Cette tumeur était reliée par un méso de 3 cm. environ à la colonne postérieure du vagin, mais un peu en dehors et à gauche de la ligne médiane. En faisant pousser la femme, ou en saisissant la tumeur, on amenait très facilement ce thrombus pédiculé hors de la vulve. Sa coloration était violacée, sa consistance très ferme, comme fibreuse, sa forme ovoïde ; la tumeur se déviait vers la grande lèvre gauche. En outre pendant que Mme X... poussait, on constatait une cystocèle accentuée et une légère rectocèle.

Je crois pouvoir affirmer que lorsque j'avais examiné cette dame quinze jours plus tôt, il n'existait rien de semblable.

Il y aurait eu plusieurs rapports sexuels dans le dernier mois de la grossesse. Mme X..., interrogée, ne se rappela avoir éprouvé aucune douleur vive, n'avoir fait aucun effort violent dans les derniers jours de sa grossesse.

A 3 heures du matin, la dilatation fut complète ; poche des eaux intacte : je la rompis au cours de la période d'expulsion ; elle contenait une très faible quantité de liquide. La période d'expulsion dura trois heures (tandis qu'elle n'avait été que d'une heure pour le deuxième accouchement et d'une demi-heure pour le troisième). Quand la tête fut parvenue au niveau de la tumeur vaginale, le dégagement parut gêné, malgré les efforts expulsifs et soutenus de la parturiente ; la tête ne progressa plus ; cet arrêt dura plus de trois quarts d'heure ; je glissai un doigt à gauche entre la tête et le thrombus et je m'efforçai de refouler la tumeur tandis que la femme poussait. Dès que le thrombus fut franchi, la tête sortit dans un seul effort.

L'enfant, du sexe féminin, ne pesait pas six livres; la délivrance se fit simplement au bout de cinquante cinq minutes. Suites de couches normales.

L'accouchée s'entêta à se lever le dixième jour. Je constatai, le quinzième jour après l'accouchement la disparition des varices vulvaires, la grande diminution des varices des membres inférieurs, la situation normale de l'utérus, ce dernier étant en régression normale. Le thrombus pédiculé avait même volume et même consistance que le jour de l'accouchement. Je parlai d'en pratiquer l'ablation (ce qui eût permis d'en faire l'examen histologique), mais Mme X... me répondit que cette tumeur ne la gênait nullement.

Dernier examen le 12 mars, au moment de rédiger cette observation, soit cinq semaines et trois jours après l'accouchement. Le retour de couches n'a pas encore eu lieu, l'utérus est revenu à son volume normal. Quant au thrombus pédiculé, il a considérablement régressé; il présente le volume d'une petite cerise, couleur violacée, de consistance comparable à celle d'une hémorroïde un peu tendue. Le méso s'est rétracté et il devient plus difficile de sortir la petite tumeur hors de la vulve. Les varices des membres inférieurs ont presque complètement disparu.

Dans un nouvel examen pratiqué plus de deux mois après l'accouchement, la femme ne présentait plus trace de varices tant aux membres inférieurs qu'à la vulve. Quant au thrombus il existait toujours et n'avait guère subi de modifications régressives depuis le 12 mars).

Dans la discussion qui suivit la présentation de cette observation M. Pinard s'exprima ainsi :

M. PINARD. — Dans cette observation... je ne vois pas autre chose qu'une tumeur variqueuse de la paroi postérieure du vagin ;... ce qui a été décrit sous le nom de « thrombus du vagin » est constitué par une tumeur plus ou moins sanguinolente siégeant tout à fait sur la ligne médiane, apparaissant plus ou moins longtemps avant l'accouchement. Ici, je vois au contraire une tumeur siégeant à côté de la ligne médiane, qui est absolument différente de celles que j'ai vues, et qui présentent l'aspect d'un morille rouge plutôt que noire. Dans le cas présent, il n'y a absolument rien de semblable. Il n'y a pas autre chose dans cette observation qu'une dilatation variqueuse énorme siégeant, de façon exceptionnelle, au niveau de la paroi postérieure du vagin. Par conséquent, pour ma part, je ne voudrais pas que ce fait vint grossir le nombre de ces observations qui ont trait à une entité véritable, mais dont nous ignorons encore la nature et l'étiologie.

M. FUNCK-BRENTANO. — Il s'agit bien d'un thrombus pédiculé... l'existence du méso long de 3 centimètres, la consistance, l'absence de réductibilité de la tumeur [sont en faveur du diagnostic de thrombus]; ... le méso... au lieu d'être exactement médian était fixé un peu plus à gauche, comme dans l'observation de Brindeau.

M. PINARD. — Tout s'oppose à ce qu'on mette cette observation dans les cas de thrombus.

Observations XVIII et XIX. — A. PINARD. (1)

Le premier cas que j'ai observé était celui d'une femme chez qui la grossesse se passait normalement quand elle s'aperçut qu'elle présentait une tuméfaction au niveau de

1. A. Pinard. *Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*, 1911, p. 358.

la vulve. On constata alors une petite tumeur rougeâtre, noirâtre, faisant saillie au niveau des petites lèvres ; le pédicule venait s'insérer sur la paroi postérieure du vagin, à trois ou quatre centimètres de la vulve.

Chose extrêmement intéressante, chez cette femme, l'expulsion spontanée de cette tumeur sanguine eut lieu ; le pédicule s'était probablement rompu sous l'influence des efforts, pendant que la malade était allée à la garde-robe. Il n'y eut aucun incident au moment de l'accouchement. A l'examen, on trouva une petite tache rougeâtre à trois ou quatre centimètres de la vulve.

Chez la seconde femme, la tumeur fut expulsée au moment de l'accouchement par la tête qui la poussa devant elle ; on ne nota pas d'hémorragie.

Observation XX. — POTOCKI et SAUVAGE.

Le premier cas a été observé chez une femme de 29 ans, cuisinière, arrivée au 2^e mois de sa grossesse. Elle a été adressée à la Maternité de la Pitié, le 4 mai 1912, par un médecin qui avait été appelé auprès d'elle pour une hémorragie génitale et qui avait constaté une tumeur à la partie inférieure du vagin.

Cette femme n'a aucun antécédent pathologique ; elle a toujours été bien réglée, depuis l'âge de 16 ans. Elle serait enceinte pour la première fois, mais l'examen de la malade permet d'affirmer qu'elle a déjà accouché. Les dernières règles datant du 20 au 25 août ; la grossesse serait donc d'un peu plus de 8 mois. Jusqu'à la veille de l'entrée à l'hôpital, il ne s'était produit aucun accident. L'hémorragie a commencé le 3 mai au matin, sans que nous puissions obtenir aucun détail, aucun renseignement sur les circons-

tances qui ont accompagné l'apparition de cette hémorragie ; le sang était liquide, sans caillots.

A l'entrée à l'hôpital de cette malade, l'utérus présente des contractions. Il est régulier et sa consistance est normale. Le fœtus vivant, se présente par la tête non engagée. La paroi abdominale est flasque et présente des vergetures anciennes. Il y a quelques varicosités aux membres inférieurs. La vulve est largement ouverte. Le col utérin est fendu (le Professeur Pinard a confirmé la supposition faite qu'il ne s'agit pas d'une primipare).

En écartant les petites lèvres, on voit apparaître à la partie postérieure de la vulve une tumeur reliée à la paroi postérieure du vagin. Cette tumeur, allongée, mesure 4 à 5 cm. de hauteur, 3 cm. de largeur, et fait en avant de la paroi vaginale une saillie de 2 à 3 cm. Elle est rattachée à la paroi vaginale par un pédicule mince, occupant toute sa hauteur, comparable à un méso et suffisamment développé pour permettre une mobilité marquée de la tumeur qu'on peut facilement attirer hors de la vulve. La partie inférieure de la tumeur est distante de la fourchette d'environ 3 cm. La tumeur est située immédiatement au-dessus du plan du releveur anal, ce dont on se rend compte au moment de la contraction de l'anse musculaire qui enserre le vagin.

La tumeur a une coloration brun-noirâtre plus foncée en quelques points ; mais dans sa partie inférieure, elle présente sur une certaine étendue une coloration jaunegrisâtre correspondant à un début de sphacèle superficiel. L'aspect de la tumeur est différent dans sa partie supérieure qui est régulière et lisse, et dans sa partie inférieure qui présente des plis transversaux comparables aux rides du vagin. Sa consistance est ferme, élastique, sans

fluctuation manifeste, même quand on la comprime entre les doigts introduits simultanément dans le vagin et dans le rectum. Elle saigne facilement quand on y touche.

Le 7 mai, pendant un effort de défécation, la tumeur se rompt, et il s'écoule une certaine quantité de sang.

Le 8 mai, elle a diminué de volume. La muqueuse qui la recouvre a une coloration gris-noirâtre et un aspect sphacélique ; elle est épaissie et forme une saillie de 2 cm. au-dessus de la face postérieure du vagin.

M. Potocki pratique l'excision de la tumeur, suivant son contact au bistouri. Il se produit une hémorragie en nappe assez importante, qui s'arrête après que la suture au catgut des lèvres de la plaie est achevée.

Le 9 mai, vers 6 h. du matin, la malade ressent quelques douleurs d'accouchement. Le travail marche régulièrement, et elle accouche après un peu plus de trois heures de travail d'un enfant vivant, vigoureux, pesant 2.870 gr. La suture de la paroi vaginale ne s'est pas désunie, et la cicatrisation s'est poursuivie pendant le post-partum ; et quand la femme quitte la Maternité le 10^e jour, la cicatrisation est achevée.

(On trouvera l'examen histologique du thrombus au chapitre Anatomie Pathologique).

Observation XXI. — POTOCKI et SAUVAGE.

La 2^e tumeur a été observée chez une femme de 30 ans, travaillant dans son ménage, dont les antécédents ne présentent rien de particulier, et qui est enceinte pour la 3^e fois. Elle a déjà eu deux grossesses qui ont évolué jusqu'à terme, sans autre incident qu'un développement

variqueux très important aux membres inférieurs et à la vulve, surtout du côté gauche.

Elle a allaité ses deux enfants qui sont actuellement bien portants ; les dernières règles datent du 20 au 30 janvier. Quand la femme entre à la Pitié, le 29 septembre 1912, elle est donc enceinte de 8 mois. Elle a sollicité son admission parce qu'elle a des métrorragies depuis trois jours, et qu'elle s'est aperçue en même temps de l'existence d'une tumeur qui fait par moment apparition à la vulve.

30 septembre. L'examen fait à l'entrée de la malade, montre les particularités suivantes. A la vulve : les veines sont dilatées et bleuâtres formant par places un réseau à larges mailles, particulièrement développées au bord libre et à la face interne des grandes lèvres. Il existe deux petites varices à la face externe de la petite lèvre gauche. Il y a également aux membres inférieurs des varices très volumineuses qui auraient réapparu dès le début de la grossesse.

A la vue et au toucher on constate une tumeur exactement médiane insérée sur la paroi postérieure du vagin un peu au-dessus de la commissure postérieure de la vulve. On ne peut obtenir aucun renseignement sur le mode d'apparition de cette tumeur ; la malade affirme n'avoir pas eu de rapports depuis plus de quinze jours.

Cette tumeur est allongée et mesure 3 à 4 cm. dans le sens vertical ; sa largeur maximum atteint 3 cm. Le pédicule occupe presque toute la hauteur appréciable de la tumeur, bien qu'elle soit sensiblement inférieure à celle de la tumeur proprement dite. A la surface de la tumeur, la muqueuse présente une coloration rouge violacée, beaucoup plus foncée que celle du reste du vagin. La ligne de faite de la tumeur est interrompue au-dessus de la partie

moyenne par une ulcération plane à peu près circulaire, ayant 10 mm. de diamètre, et recouverte par une fausse membrane de coloration jaune clair. L'extrémité inférieure de la tumeur est à 15 mm. environ au-dessus du plan de l'orifice vaginal. Une déchirure ancienne de la commissure postérieure de la vulve permet d'apercevoir une bonne partie de la tumeur ; il est facile de rendre visible la presque totalité de celle-ci par une simple traction avec le doigt. La mobilité de la tumeur est d'ailleurs due moins à la laxité du pédicule, qui est court, qu'à la souplesse de la paroi vaginale qui se laisse entraîner à sa suite.

1^{er} octobre. M. Sauvage procède à l'ablation de la tumeur. Excision en masse par une incision au bistouri suivant de chaque côté le pédicule à son insertion sur le vagin. Ecoulement abondant, en nappe, de sang noir. Ligature de deux artérioles. Surjet au catgut qui arrête facilement l'hémorragie veineuse et affronte les deux lèvres de l'incision.

Suites opératoires sans accidents ; la malade quitte l'hôpital 10 jours après l'opération.

7 novembre. La femme accouche spontanément après 30 minutes d'expulsion d'un enfant bien portant, du poids de 3.600 gr. Délivrance naturelle et complète.

16 novembre. Il existe une cicatrice au niveau du tubercule postérieur du vagin. Les varices vulvaires ont complètement disparu. L'enfant, allaité par sa mère, est bien portant.

Observation XXII. — E. SCHULZE.

Il s'agit d'une femme, âgée de 30 ans, arrivée sans incident au 9^e mois de sa troisième gestation, et qui vient de

présenter quelques petites hémorragies. Brusquement, elle a conscience qu'une tumeur fait saillie à la vulve, en même temps qu'elle éprouve du ténesme et des épreintes, et qu'il se produit une nouvelle perte de sang.

L'examen obstétrical montre qu'il s'agit d'une grossesse normale, avec fœtus en présentation céphalique, tête non engagée, mobile. Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines. Le sédiment urinaire est normal.

La tumeur a le volume d'un œuf de poule, une coloration bleue noirâtre, une consistance molle et qui donne une sensation de crépitation neigeuse. Elle est reliée au vagin par un pédicule à base large, qui s'insère exactement sur la ligne médiane de la paroi postérieure, sur une ligne qui va de la commissure postérieure jusqu'à mi-longueur du vagin.

La différence de coloration entre la tumeur et le pédicule suit une ligne de démarcation nette. La tumeur mesure 12 cm. sur 5.

En raison de la proximité du terme et pour éviter de conserver une source éventuelle d'infection, et une source d'hémorragie grave par rupture de la tumeur, on décide l'ablation.

Excision en tissu sain du pédicule, par mise en place d'une pince sur le pédicule et ligature. On n'a pu pratiquer la suture primitive de la plaie en raison de l'hémorragie abondante qui se produit : chaque piqûre de l'aiguille détermine une nouvelle hémorragie. Et on se contente de tamponner avec de la gaze de Clauden, ce qui arrête complètement le saignement.

La femme sort le 12^e jour. La cicatrisation est bonne. Un mois après l'apparition du thrombus, elle met au monde un enfant normal. Au cours de l'accouchement, il ne s'est

pas produit d'hémorragie au siège d'insertion de la tumeur.

Les suites de couches sont apyrétiques. La femme sort le 9^e jour (voir l'examen histologique au chapitre Anatomie pathologique.)

Observation XXIII. — BARBARO.

Mme Cat..., Yvonne, 20 ans, primipare, entre à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis, le 9 juin 1924. Les dernières règles datent du 20 au 23 octobre 1923. La grossesse a évolué normalement jusqu'aux derniers jours de mai ; à ce moment, la gestante a constaté pour la première fois l'existence d'une masse noirâtre apparaissant à la vulve au moindre effort ; elle a ressenti en même temps une pesanteur au périnée.

Elle vient consulter pour ces faits le 9 juin 1924. Dans ses antécédents on ne note qu'une rougeole dans l'enfance ; elle a été réglée à 16 1/2 et depuis régulièrement. Les divers appareils sont normaux. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre. La tension artérielle est de 11-6 au Vaquez-Laubry.

L'examen obstétrical montre une présentation céphalique. La tête est mobile, non engagée. Le dos du fœtus est à gauche, les bruits du cœur sont perçus. La hauteur utérine mesure 27 cm. ce qui correspond à la grossesse (début du 8^e mois).

La région vulvaire est violacée, tuméfiée, sillonnée par de grosses veines variqueuses dont quelques-unes atteignent la grosseur d'une noisette. Cette ectasie veineuse qui a fait son apparition vers le 3^e mois de la grossesse, se continue au niveau des membres inférieurs ; les saphènes des deux côtés sont augmentés de volume, flexueuses.

En écartant les grandes lèvres, on aperçoit une masse noirâtre de la grosseur d'un œuf de poule faisant saillie hors de la vulve lorsqu'on fait pousser la patiente. Cette tumeur de consistance ferme, tendue, mesure environ 6 cm. de long, 4 cm. de haut, 3 cm. de large ; sa surface est noire, luisante. On peut la saisir entre deux doigts et l'attirer au dehors ; on constate alors qu'elle est reliée à la paroi postérieure du vagin par un pédicule blanchâtre, large, qui naît à la partie inférieure de la petite lèvre gauche et remonte jusqu'à 3 ou 4 cm. sur la colonne postérieure. La pédicule est de la même couleur que celle du reste du vagin ; sa limite est nettement tracée du côté de la tumeur par un brusque changement de coloration qui, de rose violacée, devient franchement noire.

Ces différents signes permettent de poser le diagnostic de thrombus pédiculé du vagin.

Le 12 juin 1924, M. Cathala procède à l'ablation du thrombus sous-anesthésie générale au chloroforme. Des pinces sont placées sur le pédicule qui est sectionné aux ciseaux en tissus sains. Les deux lèvres de la section sont réunies par un surjet au catgut commençant par l'extrémité la plus éloignée de l'opérateur. Au cours de cette suture, la pointe de l'aiguille éraille la muqueuse de la face interne de la petite lèvre gauche, qui saigne abondamment. M. Cathala essaye de placer une ligature : le fil coupe. Finalement le point qui saigne est tamponné pendant qu'on continue le surjet de la plaie opératoire. A la fin de l'intervention on retire le tampon, et la déchirure accidentelle recommence à saigner. Les tissus étant trop friables pour permettre une ligature, M. Cathala décide de prendre toute la région qui saigne dans une pince à anneau qu'il laisse à demeure.

Le lendemain de l'opération, on tente d'enlever la pince. Mais l'hémorragie se reproduisant aussitôt, on la remet en place. Au bout de 48 heures, la pince se détache spontanément et laisse à sa place une petite eschare qui ne saigne plus. Fait remarquable, la région a complètement changé d'aspect : les tissus de la vulve et du vagin sont rosés, normaux ; les varices ont disparu.

Nous avons recherché si l'hémorragie n'était pas liée à un trouble de la coagulabilité du sang de l'opérée. La mesure du temps de saignement pratiqué le surlendemain de l'opération nous a fourni un chiffre de 6 minutes, temps normal.

Les jours suivants, on note une courte poussée fébrile à 38°, 38°5, sans gravité, due sans doute, à une légère infection locale.

Les varices vulvaires ont complètement disparu. Il subsiste sur les membres inférieurs quelques varicosités.

Le 3 août 1924, la femme accouche spontanément, à terme, d'un enfant vivant du sexe féminin pesant 3.200 gr. (Placenta 550 gr.). Le passage de la tête n'a déterminé aucune complication au niveau de la cicatrice.

Suites de couches normales ; sortie le 10^e jour après l'accouchement.

Examen macroscopique de la pièce :

Le thrombus a la forme d'un croissant avec un pédicule formé par la muqueuse vaginale. Le pédicule, plus mince à sa partie moyenne, est renflé à ses deux extrémités, où il présente la coupe de nombreux petits vaisseaux.

Examen histologique : (voir chapitre Anatomie Pathologique).

Observation personnelle.

Cr... Yvonne, 27 ans, exerçant le métier de couturière, se présente à la Maternité Baudelocque, le 18 novembre 1939, parce qu'elle avait constaté quelques heures auparavant un léger écoulement sanguinolent par le vagin, et en même temps l'existence d'une tumeur au niveau de la vulve, sans cause apparente.

Ses antécédents pathologiques, familiaux et héréditaires ne présentent rien de particulier à signaler.

Elle-même n'a présenté comme maladie, qu'une rubéole; elle est née à terme; elle a été élevée au sein; elle a eu ses premières règles à 12 ans, et depuis a toujours été réglée de façon régulière et abondante, chaque fois pendant une durée de huit jours.

En 1937, elle accouchait à Baudelocque, après une gestation bien supportée à terme, sans aucun incident, d'un garçon de 3.000 gr. qu'elle nourrit au sein pendant quelques temps. La délivrance avait été naturelle, complète.

Quand elle se présente, elle est enceinte de six mois environ: les dernières règles datent du 4 au 8 mars; la hauteur utérine est de 26 centimètres; le fœtus vivant, est longitudinal: la tête en bas, mobile.

Par la vulve, une masse grosse comme une mandarine fait issue; cette masse est de couleur violacée; elle est implantée sur la colonne postérieure du vagin par l'intermédiaire d'un pédicule mince, court, mais large. Cette tumeur jouit d'une certaine mobilité dans le sens transversal et aussi dans le sens vertical car on peut facilement lui faire réintégrer le vagin. Cette tumeur est très sensible à la pression.

La femme ne présente pas de varices vulvaires.

L'écoulement sanguinolent est peu important. L'état général est bon ; on se contente simplement de mettre la femme au lit, sans soins particuliers.

Le 24 novembre. Abandonnée à son évolution spontanée la masse a considérablement diminué de volume. Elle est maintenant grosse comme une petite noix. On ne la voit plus apparaître à la vulve, même à l'effort. Tout écoulement sanguin a disparu.

Le 28 novembre. Le thrombus a complètement disparu. C'est à peine si l'on retrouve une petite saillie au niveau de la colonne postérieure du vagin, étant prévenu. La colonne postérieure du vagin paraît normalement développée.

La femme rentre à son domicile, ayant été hospitalisée dix jours.

Le 14 janvier 1940, elle revient accoucher à Baudelocque ; après un travail de 11 heures environ naît une fille vivante pesant 3.390 grammes, sans aucun incident. L'expulsion a duré un quart d'heure.

La délivrance se fait naturellement après vingt-cinq minutes (poids 610 grammes, membranes paraissant complètes).

On ne retrouve plus à ce moment la moindre trace du thrombus.

Anatomie pathologique ⁽¹⁾

(Microscopique)

Observation XV. — FUNCK-BRENTANO.

(Examen pratiqué par M. Durante).

La paroi de l'hématome est formée par l'épithélium du vagin plus ou moins modifié. En certains points cet épithélium est représenté par des cellules cubiques ou cylindriques, stratifiées, se colorant vivement. Ailleurs, ces éléments œdématiés, distendus parfois par une vacuole refoulant leurs noyaux prennent une forme plus arrondie. Ailleurs, enfin on ne retrouve qu'un ou deux rangs de cellules altérées, prenant mal la coloration. La surface épithéliale n'est pas régulière ; elle présente des éminences, des papilles, plus ou moins prononcées au centre desquelles existe un capillaire qui semble comme se coiffer de la muqueuse réduite à une faible épaisseur d'éléments généralement malades.

Au-dessous de ce revêtement épithélial existe une couche de tissu cellulaire œdémateux où rampent des capillaires distendus. Cette couche est généralement très

1. Nous nous bornerons à rapporter les examens histologiques des auteurs qui ont opéré les thrombus pédiculés qu'ils avaient observés. Dans l'unique cas qui constitue notre apport à la courte série des thrombus parvenue à notre connaissance jusqu'à ce jour, l'ablation n'a pas été pratiquée.

mince ; mais par places, elle prend un peu plus d'importance et forme l'enveloppe du kyste en quelques points où le revêtement épithélial dégénéré semble avoir disparu.

Plus profondément, l'hématome est constitué, non par un simple caillot, mais par un tissu cellulaire organisé, dissocié par une hémorragie.

Un faible grossissement, la coupe semble formée par une infinité d'énormes vaisseaux à paroi mince et distendus de sang. Ces vaisseaux sont séparés les uns des autres par des nappes conjonctives infiltrées de sang.

En fait, il ne s'agit donc pas ici d'un kyste hémorragique proprement dit ; la tumeur s'est développée dans un tissu préexistant constitué par un dense réseau vasculaire. Il existe normalement à ce niveau dans la muqueuse, au cours de la grossesse un très dense plexus veineux turgescent et nous aurions affaire à une hémorragie de ce plexus variqueux.

La rupture de ces vaisseaux à paroi mince, sous l'influence d'un traumatisme léger, agissant d'autant plus facilement que ces éléments étaient altérés par une nutrition défectueuse, a déterminé une hémorragie interstitielle qui a constitué la tumeur.

« Du côté de la muqueuse, il faut noter l'œdème du revêtement épithélial et de la couche immédiatement sous-jacente ; cet œdème est antérieur à l'hémorragie et l'on peut y rattacher la dégénérescence de l'épithélium en certains points.

Il se peut qu'il fût sous la dépendance variqueuse anormale sous-jacente, mais il existe normalement, croyons-nous, un léger œdème avec tuméfaction des cellules épithéliales dans le vagin gravide. »

En résumé, cette tumeur siège dans l'épaisseur du cho-

tion de la muqueuse vaginale. Ce n'est pas un hématome pur, mais bien une hémorragie au sein d'un plexus variqueux. Elle a été précédée d'un développement anormal des capillaires en ce point et d'un œdème interstitiel épithélial qui, en entraînant la dénutrition des parois vasculaires a pu faciliter la rupture sous l'influence d'une cause légère.

Observation XX. — POTOCKI et SAUVAGE.

(Examen pratiqué par M. Géry).

Un fragment mesurant 10 mm. de hauteur sur 0,3 mm. de largeur a été prélevé dans la portion de la muqueuse qui ne présente pas de lésion apparente de sphacèle. Le fragment a été subdivisé en 4 portions au moyen de coupes faites perpendiculairement à la surface muqueuse. Ces 4 parties montrent les mêmes caractères histologiques, exception faite pour le revêtement de la muqueuse, car celle-ci fortement rétractée, n'existe que sur l'un des fragments. Ces coupes ont été colorées à l'hématéine-éosine, à l'hématéine Van Gieson et au Gram fuchsine.

La muqueuse a conservé son aspect pavimenteux et est à peu près saine. On remarque seulement une vésiculisation péri-nucléaire du protoplasme. Dans les cellules du corps muqueux de Malpighi, les figures de karyokinèse sont fréquentes au niveau du stratum germinatif. Les éléments diapédétiques trans-épithéliaux sont rares. Le chorion est fortement œdématié, avec cellules fixes en réaction inflammatoire. Légère infiltration leucocytaire à prédominance polynucléaire ; les capillaires ont leurs cellules endothéliales tuméfiées. Très fréquemment, on voit un réseau fibrineux important.

En allant dans la profondeur, l'œdème et la réaction des cellules conjonctives gardent leurs caractères, mais l'infiltration leucocytaire augmente et devient considérable par places. On trouve des amas fibrineux et des hémorragies récentes surtout autour des vaisseaux. Ces hémorragies sont multiples, mais peu étendues. Les capillaires présentent une réaction inflammatoire de l'endothélium, mais assez légère. Les gros vaisseaux, artères et veines, sont au contraire thrombosés. Ces thromboses sont de divers âges, mais toujours assez récentes. Elles sont caractérisées par une masse de fibrine englobant les globules rouges, semée de rares cellules diapédétiques et surtout de cellules endothéliales devenues fusiformes et en voie d'organisation ; au niveau des thromboses les plus anciennes, on trouve les premiers stades de la formation de néo-capillaires par le processus des points d'accroissement.

Observation XXI. — POTOCKI et SAUVAGE.

(Examen pratiqué par M. Géry).

La tumeur excisée a été divisée en 8 tranches par sections parallèles entre elles et perpendiculaires au grand axe et au revêtement muqueux de la tumeur. Ces coupes ont été colorées à l'hématéine-éosine-orange, à l'hématéine-Van Gieson, et au Gram fuchsine.

Si on examine une de ces coupes à un faible grossissement, on constate qu'elles présentent une forme demi-circulaire, l'arc étant constitué par la surface de la tumeur, la corde par la surface de section. Au-dessous d'un revêtement de muqueuse, la tumeur est constituée par du tissu conjonctif présentant des lésions inflammatoires, et par-

semé de nombreux lacs sanguins surtout répartis dans les régions superficielles.

A un plus fort grossissement, on se rend compte que la tumeur présente en général des lésions peu marquées. Les cellules de la couche malpighienne sont le siège d'un œdème péri-nucléaire comme dans la pièce précédente. Cette hydrophilie tissulaire est surtout apparente au voisinage des bords de la tumeur. Infiltration leucocytaire par le chorion.

Sur les coupes de la partie moyenne de la tumeur, la continuité de la muqueuse est interrompue par une ulcération superficielle au niveau de laquelle le revêtement de la tumeur n'est constitué que par une couche de fibrine englobant des leucocytes en voie de désintégration. Sur les bords de l'ulcération, la muqueuse cesse assez brusquement sans présenter d'épaississement ; dans une petite partie seulement, le chorion a un aspect lisse, par disparition des saillies papillaires, et quelques cellules sont dégénérées. Sur certaines coupes, l'épithélium est cependant détaché et ulcéré sur un très court espace. Au-dessous de la muqueuse, la tumeur est constituée par une masse de tissu conjonctif qui est le siège d'hémorragies, et d'une infiltration leucocytaire beaucoup plus marquée que dans la pièce précédente. Hémorragies superficielles disposées dans leur ensemble suivant une parallèle à la surface de la muqueuse. Ces lacs sanguins sont très sensiblement plus étendus et plus nombreux dans la portion moyenne que vers les extrémités de la tumeur. Ces lacs sanguins correspondent pour la plupart à des hémorragies creusées dans le tissu conjonctif ; mais, en réalité, un certain nombre représente de très grosses veines fortement dilatées. Le tissu conjonctif qui sépare ces grands lacs

sanguins est infiltré de globules rouges et présente par place un réseau de fibrine presque toujours net. Le tissu conjonctif est infiltré par des leucocytes à prédominance polynucléaire extrêmement marquée, avec renforcement autour des hémorragies. En certains points surtout au voisinage de l'ulcération de la muqueuse, le tissu conjonctif est perdu dans une sorte de fausse membrane constituée par de la fibrine et des leucocytes plus ou moins dégénérés.

La partie centrale de la tumeur est relativement indemne, quelques vaisseaux sont thrombosés, mais les hémorragies y sont beaucoup moins étendues que dans les parties superficielles. Ces globules rouges répartis par petits amas qui sont mélangés à d'autres éléments. L'infiltration leucocytaire est encore très nette, mais plus clairsemée.

Il y a très peu d'œdème dans toute l'étendue de la pièce.

Potocki et Sauvage ajoutent :

« Nos recherches nous permettent de distinguer au point de vue anatomique deux variétés de thrombus : le thrombus simple et le thrombus variqueux.

a) *Dans le thrombus pédiculé simple*, nous avons rencontré les particularités suivantes :

1° Au niveau de la muqueuse. La muqueuse vaginale a conservé son revêtement pavimenteux, mais avec une vésiculation périnucléaire du protoplasma des cellules pavimenteuses, et de nombreuses figures de karyokinèse dans le stratum germinatif.

Chorion œdématié. Cellules fixes en réaction inflammatoire ; légère infiltration leucocytaire à prédominance polynucléaire ; capillaires à endothélium tuméfié, réseau fibreux important;

2° Dans le plan conjonctif sous-muqueux. Tissu œdématisé; cellules fixes en réaction inflammatoire, comme dans la muqueuse. Infiltration leucocytaire plus accusée; amas fibrineux; nombreuses petites hémorragies siégeant surtout autour des vaisseaux. Légère réaction inflammatoire des capillaires. Thromboses récentes des veines et des artères. Les thrombus sont semés de cellules endothéliales en voie d'organisation. Dans les thrombus plus anciens, on assiste au premier stade de la formation de néo-capillaires.

En somme, le thrombus intra-vaginal simple est constitué par du tissu conjonctif œdématisé, enflammé, parsemé d'hémorragies multiples, mais limitées, avec thromboses récentes, artérielles et veineuses.

b) *Le thrombus pédiculé variqueux* a présenté les caractères suivants :

1° La muqueuse vaginale a disparu sur la plus grande partie de la tumeur où elle est remplacée par un revêtement de fibrine englobant des leucocytes en désintégration. A la périphérie, les lésions de la muqueuse sont peu marquées. Œdème péri-nucléaire des cellules de la couche de Malpighi surtout au bord de la tumeur. Sur les bords de l'ulcération, la muqueuse cesse brusquement; son chorion a un aspect lisse par disparition des papilles. Le chorion est infiltré de leucocytes;

2° Le tissu conjonctif sous-muqueux présente des lésions inflammatoires; il est parsemé de nombreux lacs sanguins, surtout répartis dans les parties superficielles. Les hémorragies et la réaction leucocytaires sont beaucoup plus accusées que dans le thrombus simple, mais l'œdème et la réaction inflammatoire sont beaucoup moins intenses. Enormes lacs sanguins disposés dans leur ensemble sui-

vant un arc de cercle concentrique à la convexité de la tumeur. Ces lacs sanguins sont constitués les uns par des hémorragies creusées dans le tissu conjonctif, les autres par de très grosses veines dilatées.

Les artères restent normales, les veines sont thrombosées. Dans les caillots de formation généralement récente il y a une prolifération active de cellules endothéliales. Les cellules diapédétiques sont rares. Les parois veineuses sont très altérées et souvent leurs éléments se distinguent mal du tissu conjonctif environnant. Tissu conjonctif infiltré de globules rouges et parcouru par un réseau de fibrine. Infiltration leucocytaire très marquée à prédominance polynucléaire. Au voisinage de l'ulcération, le tissu conjonctif est perdu dans une sorte de fausse membrane constituée par de la fibrine et des leucocytes dégénérés. La partie centrale de la tumeur, c'est-à-dire, celle qui correspond à son pédicule, est indemne de toute lésion.

En comparant les résultats que l'examen histologique nous a fournis on voit donc que nous sommes bien autorisés à distinguer :

- 1^o Une forme simple caractérisée par l'inflammation de la muqueuse vaginale et du tissu conjonctif sous-muqueux dans lequel se sont produites des hémorragies multiples ;
- 2^o Une forme variqueuse dans laquelle il y a également inflammation de la muqueuse vaginale et du tissu conjonctif sous-muqueux, mais où, aux hémorragies interstitielles se surajoutent d'énormes thromboses vasculaires réparties principalement dans la partie de la couche conjonctive immédiatement sous-jacente à la muqueuse.

L'inflammation du tissu est-elle primitive ou secondaire aux hémorragies ? il est impossible de le dire. Quant à la nécrose de la muqueuse, elle est plutôt due à la throm-

bose vasculaire qu'à l'inflammation, puisqu'elle est surtout accusée dans notre observation de thrombus variqueux ou presque tous les vaisseaux, tant artériels que veineux, sont le siège de coagulations sanguines.

Si nous rapprochons nos examens histologiques des examens faits par Funk-Brentano et Durante, nous trouvons entre eux une grande analogie, qui est surtout marquée avec notre cas de thrombus variqueux. Voici en effet quels sont les points communs : revêtement épithélial de la muqueuse œdématiée avec parfois des vacuoles intracellulaires ; souvent cellules altérées ; muqueuse ayant disparu en certains points. Tissu cellulaire sous-épithélial également envahi par l'œdème avec capillaires distendus. Cette couche cellulaire est mince, sauf en quelques points où elle est plus importante et constitue la paroi du kyste sanguin, là où l'épithélium dégénéré a disparu. Hémorragies disséminées dans les tissus cellulaires sous-jacents où l'on rencontre une infinité d'énormes vaisseaux à paroi mince et distendus par le sang, séparés par des nappes conjonctives infiltrées de sang. Il n'y a pas kyste hémorragique proprement dit, mais hémorragie interstielle dans le tissu de la muqueuse pourvue d'un réseau veineux dense. D'ailleurs pendant la grossesse, à l'état normal, il existe dans la muqueuse un très dense plexus veineux turgescent, mais ici il est devenu variqueux et s'est rompu.

Il y a une différence cependant. Tandis en effet que pour Funk-Brentano et Durante, l'infiltration sanguine siège dans l'épaisseur du derme de la muqueuse vaginale, nous la rencontrons dans le tissu conjonctif sous-muqueux, mais à la vérité dans la partie de ce tissu conjonctif qui avoisine le chorion de la muqueuse.

Observation XXIII. — BARBARO.

Examen histologique: coloration hémateïne-éosine-fuch-sine. La pièce a été divisée en trois fragments par des sections perpendiculaires au grand axe du thrombus. L'aspect histologique s'est révélé identique dans ces différentes régions.

La base du pédicule est revêtue d'une muqueuse vaginale saine ; mais à mesure que l'on se rapproche du thrombus, la muqueuse s'aplatit, les papilles s'affaissent, le contour des cellules du corps muqueux de Malpighi devient flou.

Au niveau de la tumeur sanguine, le revêtement n'est plus constitué que par des stratifications fibrineuses englobant des leucocytes en voie de désintégration.

Le tissu conjonctif sous-muqueux du pédicule est le siège d'une forte réaction inflammatoire caractérisée par une infiltration leucocytaire à prédominance polynucléaire. Il présente également un œdème marqué qui a déterminé l'apparition de vacuoles et a dissocié les fibres musculaires lisses du vagin. Il existe des altérations vasculaires manifestes. Tandis que les artères sont respectées, les capillaires sont dilatés, leur endothélium est tuméfié. Mais c'est surtout au niveau des veines que portent les altérations. Les veines sont ectasiées ; elles donnent à certains points de la préparation un aspect caverneux. Plusieurs de ces veines sont thrombosées ; les thromboses paraissant d'âge différent. Dans quelques veines, le caillot s'est organisé et l'on assiste à l'oblitération du vaisseau. Dans la zone de transition qui sépare le pédicule de la tumeur sanguine, on voit nettement de volumineuses veines throm-

bosées, limitées seulement du côté du pédicule par une paroi plus ou moins altérée, tandis que du côté opposé la paroi manque, ce qui a donné lieu à une irruption de la nappe sanguine dans le voisinage du vaisseau : il semble que la veine ait éclaté, laissant échapper son contenu.

La périphérie de la tumeur est constituée par d'énormes lacs sanguins disposés concentriquement à la surface. Ces lacs sanguins tranchent par leur coloration plus foncée sur le fond uniforme que figurent les mailles de fibrine contenant des globules rouges et des polynucléaires. Ces lacs sanguins ont une limite, parfois peu nette, qui paraît constituée par quelques couches de fibrine ; nous n'avons pas constaté l'existence d'une paroi veineuse véritable, même altérée.

En résumé, d'après l'examen histologique, notre cas paraît devoir être comparé à celui que décrivent MM. Potocki et Sauvage sous le nom de thrombus pédiculé variqueux.

Observation XXII. — SCHULZE.

Examen histologique (fait par M. Herxheimer). Le prélèvement est principalement constitué par un caillot sanguin. A l'endroit désigné comme siège du pédicule (c'est-à-dire au lieu de l'extirpation), on trouve un épithélium pavimenteux stratifié superficiel non kératinisé ; et, au-dessous, du tissu conjonctif et du muscle. Il s'agit donc vraisemblablement de la muqueuse vaginale. Par endroits l'épithélium est bien conservé sur de grandes étendues, mais par endroits il n'existe plus, et le sang est en contact direct avec le tissu conjonctif. Tout le tissu conjonctif est traversé par des hémorragies qui se présentent sous forme ronde ou ovale, sans paroi endothéliale,

séparées les unes des autres par de minces travées conjonctives. Dans une autre zone, il n'y a plus de telles hémorragies ou seulement quelques-unes, très isolées. Ici, les tissus conjonctif et musculaire ne sont pas altérés. Mais on trouve également de nombreuses cavités tapissées par un endothélium bien conservé, avec du tissu conjonctif sous-jacent, mais pas de muscle. Le sang est en grande partie évacué de ces cavités. Il s'agit manifestement d'une dilatation considérable des capillaires, qui donnent un aspect pseudo-caverneux ; et c'est de là que, sans doute, sont issues les grandes hémorragies et l'hémorragie principale. La dilatation importante et les hémorragies s'expliquent probablement par la forte stase liée aux varices. Il s'agit donc d'une hémorragie partie de capillaires dilatés, se déversant dans le tissu conjonctif vaginal et constituant finalement l'hématome vaginal.

Observation. — GROSSER (1).

Au microscope, les travées et trabécules se présentent comme étant formées de tissu conjonctif normal, partiellement nécrosé.

La surface de la tumeur était formée par la muqueuse nécrosée. En examinant cette coupe, on est forcé d'admettre qu'il y avait non un hématome, c'est-à-dire une collection de sang, mais bien une hémorragie dans un tissu ; son siège, ses rapports avec la colonne postérieure du vagin indiquent que ce ne peut être autre chose que les restes embryonnaires de la cloison séparant les deux canaux de Muller.

1. Nous n'avons pu, en raison des circonstances présentes, nous procurer les protocoles complets de ces examens histologiques.

Observation. — JOHANNOWKY (1).

A la rigueur, on aurait peut-être pensé à un épanchement sanguin dans un kyste préformé, mais le manque complet d'un épithélium intérieur de revêtement élimine cette supposition.

Observation. — JUSTO (1).

L'examen microscopique démontre qu'il s'agit d'un thrombus.

Conclusions.

I. Le thrombus pédiculé constitue une affection très rare.

II. Il apparaît au cours de la deuxième moitié de la gestation, le plus souvent chez des femmes jeunes enceintes pour la première fois.

III. Il est caractérisé par l'existence d'une collection sanguine reliée à la colonne postérieure du vagin par un pédicule qui, toujours médian, n'en occupe généralement que les $2/4$ moyens.

IV. On peut expliquer la production du thrombus par :

a) l'existence d'une persistance anormale du septum qui sépare primitivement les canaux de Muller ;

b) les modifications vasculaires du tractus génital qui se produisent pendant la gestation et tendent vers leur maximum à mesure qu'on approche du terme.

V. Son pronostic est d'une extrême bénignité.

VI. L'intervention chirurgicale ne doit pas être pratiquée systématiquement. Au contraire, l'abstention semble de beaucoup préférable (sauf indication patente).

Vu : Le Président de la thèse,

A. COUVELAIRE.

Vu : Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Anderson.* — Hygiea, Stockholm, 1884.
- Ashner.* — Die Konstitution der Frau und ihre Beziehungen zur Geburtshilfe und Gynakologie, Bd II, S. 668.
- Auvard.* — Archives de Tocologie, 1890, p. 789.
- Barbaro.* — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 7 décembre 1924, p. 766.
- Blot.* — Thèse d'agrégation, Paris, 1853.
- Brindeau.* — Comptes rendus de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie, t. XI, janvier 1909, p. 9.
- Budin.* — Thèse d'agrégation, Paris, 1880.
- Progrès médical, 1887, 2^e série, t. V, p. 437.
 - Femmes en couches et nouveau-nés, Paris, 1897, p. 13.
- Darcagne-Mouroux.* — Comptes rendus de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie, t. XI, avril-mai 1909, p. 109.
- Doderlein.* — Handbuch der Geburtshilfe, Bd III, S. 73.
- Doléris.* — Comptes rendus de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Paris, t. XI, janvier 1909, p. 18.
- Felhing.* — Archiv. für Gynaekologie, Bd. X, 1876, p. 193.
- Fleishmann.* — Praeger med. Wochenschrift, 1886.

Funck-Brentano. — Comptes rendus de la Société d'Obstétrique et de Pédiatrie de Paris, t. XI, 11 janvier 1907, p. 9.

Gilles. — Revue pratique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie, février 1907, p. 62.

Grosser. — Ueber Vaginalhaematom, Thèse Halle, 1889.

Johannowsky. — Arch. für Gynaekologie, Bd. XI, 1877, p. 376.

— *In* Budin. Femmes en couches et nouveau-nés :
« Hématome d'un septum rudimentaire du vagin
chez une femme enceinte de cinq mois ».

Justo. — Anales del circulo Medico Argentino, Buenos-Ayres, février 1892.

— Répertoire universel d'Obstétrique et de Gynécologie, Paris, 1893, p. 212.

Lenief. — Thèse Paris, 1910.

Le Lorier. — Comptes rendus de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1924, p. 772.

Lepage. — Comptes rendus Soc. Obst. et Péd., Paris, janvier 1909, p. 18.

Menge-Opitz. — Handbuch der Frauenkrankheiten, S. 521.

Pinard. — Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie. Etude clinique du thrombus puerpéral (2 observations), 1911, p. 359 ; C. R. Soc. Obst. et Péd., janvier 1909, p. 14.

Potocki et Sauvage. — Comptes rendus de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 14 avril 1913, p. 576 : Thrombus pédiculé du vagin (2 observations).

Queirel. — Annales de Gynécologie, 1895, t. XLIII, p. 224.

Reich. — Aerztliche Mittheilungen Aus Baden, 1880, n° 24 ; Zentralblatt für Gynaekologie, S. 362.

Schulze. — Über das gestielte Scheidenhämatom in der Schwangerschaft und seine genese, Zentralblatt für Gynaekologie, 1924, n° 29, p. 1591.

Tarnier. — Traité de l'art des accouchements, 1898, t. III, p. 680.

Veit. — Handbuch der Gyneakologie, Bd. III, I, Hälfte, S. 276.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Définition.....	13
Historique.....	15
Description clinique.....	16
Conditions d'apparition.....	16
Description.....	19
Evolution clinique.....	23
Conséquences de l'apparition du thrombus.....	25
Pronostic.....	31
Diagnostic.....	32
Les traitements réalisés.....	36
Interventions.....	36
Indications opératoires.....	36
Techniques. Comptes rendus.....	37
Abstention.....	42
Conduite à tenir.....	43
Pathogénie.....	45
Observations.....	57
Anatomie pathologique.....	100
Conclusions.....	113
Bibliographie.....	115

135. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 4-1940
